วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.2 April - June 2025

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL10 NO.2 April - June 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดสุโขทัย 1
สินีนาฏ ลือชูวงศ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 9
ละมัย ถาวร ,ชนะพล ศรีฤาชา ,วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ,มุกดาวรรณ ชนะวงศ์

ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพัก เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 17
ณฐมน สืบซุย ,ณภัทร เตียวไล

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 27
ธนธร กานตอาภา ,กัลยา ตาสา

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรี 35
พัชร์ณิษา สรณ์เอี่ยม ,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี

การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด คลินิกโรคหอบหืดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุไหงปาดี 46
มลวิภา จำปาทอง ,มนัสวี พิพัฒนวานิช ,ตายูดิง ดอเลาะห์

ผลประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567 51
ชัยนันต์ บุตรกาล

ผลการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศีขรภูมิ 68
สุภาวิรัศมิ์ ดวงใจ

ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 76
นิตยา ธีรวิโรจน์ ,นภาพร วิทยาประโคน

ผลของการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้หลา 85
รัชฎา เพชรสี่หมื่น ,ธเนศ สังข์ศรี

ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย 96
ปราณี งามตา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม 106
พัชรินทร์ เกิดรื่น

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี 114
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส ,ธัชธรรม์ มัฆนาโส

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 124
นัชชา ยันติ ,วรรณา สุทธิวรรณ ,ศศิวิมล จันทร์มาลี ,วรวรรณ เหลืองชั่งทอง ,ภุชงค์ อินทร์ชัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ 135
พิมนภา รุโจปการ ,ศศิธร ศรีมีชัย

ศึกษาความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ในโรงพยาบาลกระบี่ 143
อนันตชัย ใจสบาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม 155
จิรวัฒน์ ขันสาคร ,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี

ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 165
ปิยวรรณ เจริญอินทร์ ,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.1 April - June 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 174
ณัฐพัชร์ ร่วมเจริญชัย,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี

การพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 186
อดุลย์ ลาภเกิด ,วรรณา สุทธิวรรณ

ประสิทธิภาพการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลัก 4S4C ในการบริหารศูนย์จัดเก็บรายได้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน 197
วราพร อนนท์ ,ยุทธิชัย จันทร์ทองทิพย์

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรสงคราม 208
ธีระพงษ์ ฐิติธนากุล ,วรารก์ หวังจิตต์เชียร

ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 217
ปนิดา จุนันท์ ,วรกร วิชัยโย ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง

การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย 229
ประคองศรี ถนอมนวล ,อลิษา จันทร์ทะธรรม

อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 239
รัชฎา เหล่าพวงศักดิ์

ประสิทธิผลของมินิธัญญารักษ์และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติดที่คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ 250
วศรัญ วัฒนธีรางกูร

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา 2 ราย 263
ธิดาวัลย์ ทาพรมมา

การผลิตถ่านอัดแท่งจากเปลือกทุเรียนและถ่านใบหูกวาง 272
ประยุกต์ เดชสุทธิกร ,นพธีรา เพิ่มพูล ,ทักษิณา แซ่ตั้น และสิรินยา ผลสงเคราะห์

พัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU COMMUNITY) โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการ PAR จังหวัดกาญจนบุรี 280
ชัยยุทธ เจติยานุวัตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา 290
สรัญธร ทองวิเศษ

ส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานราก และความสุขมวลรวมชุมชน 299
พรนภา เตียสุธิกุล ,ชนัญชิตา อรุณแข

การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น 309
พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 317
อนุชา ริยะบุตร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น 322
นิ่มนวล อึ้งชัยภูมิ ,จุฬาภรณ์ โสตะ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดโดยการเสริมพลังอำนาจ และการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 330
สายรุ้ง แซ่อึ้ง

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL10 NO.2 April - June 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดและหัวใจหยุดเต้น : กรณีศึกษาและการจัดการในภาวะฉุกเฉิน 338
แก้วจุฬา กลิ่นเอี่ยม

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 349
สุกัญญา เริ่มรักษ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 357
พงศ์อนันต์ จันดารัตน์

การประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น 364
นิธิมา ศรีแก้ว ,เตือนใจ ภูสระแก้ว

การศึกษาภาวะโพแทสเซียมต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 370
กุลกันยา ลิมปกรณ์กุล

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 378
ประภัสสร สายมะณี

ผลของการใช้ตำรับพลับพลึงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรัง 385
สันต์ฤทัย เสงี่ยมศักดิ์ ,ชนิตา เวชพานิช ,วิชญาดา รักกสิกร

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองตามหลักการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน
ได้รับการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 392
กาญจนา ศรีเชียงหา

ผลการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคโดยระบบพี่เลี้ยงที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
และญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 399
พัชรีพร ชินฤทธิ์

ผลของการพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดปราจีนบุรี 405
ผ่องศรี รำจวน ,อัญชลี มงกุฎทอง ,นงลักษณ์ สุขเอี่ยม

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 416
ทนงศักดิ์ ราชเจริญ

ผลของการเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน
ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย
โรคปอดอักเสบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 427
กิตติมา เทพรังศิริกุล

การศึกษาข้อมูลวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
กรณีศึกษาอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 436
ชฎาพร แซ่ม้า ,สุวศิน พลนรัตน์ ,ดวงนภา แดนบุญจันทร์ ,นวรัตน์ วิริยะเขษม ,ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน
พื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก 448
ทับทิม ปัตตะพงศ์ ,สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์ ,สมตระกูล ราศิริ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ 460
ประเสริฐ เหล่าบุศณ์อนันต์ ,สุวารีย์ ศรีปูณะ ,ปัญญา หมั่นเก็บ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย
จังหวัดร้อยเอ็ด 471
โสภา ถวิล ,ระพีภรณ์ ใจมั่น

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ 481
วิภาวรรณ ปวงขจร ,อมรพันธุ์ สมร ,หัสยาพร อินทยศ

ผลของการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลลำปาง 491
ธีรินทร์ เกตุวิชิต ,นิธิศ ใจปลา ,สุกฤษฎิ์ พิไสย

นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร 499
สิริลักษณ์ ซื่อสัตย์ ,วงค์ชญพจณ์ พรหมศิลา ,กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.1 April - June 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง 509
ปริญญา กองกาย

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลหนองคาย 517
จันทร์พร ไกรยราช ,ปนัดดา บุญสาลี ,คุนัญญา คุณละ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคล ของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง 528
ดนิตา เพ็ชรวิจิตร ,ทัศนีย์ สุนทร ,ปรัชพร กลีบประทุม

การพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 536
บุษยมาศ พรหมศิลา ,ชญาภา แสนหลวง ,เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

การพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 546
อุไรวรรณ วงศ์สวัสดิ์ ,อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ ,เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

การประยุกต์ใช้การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพตามแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดแบบมีส่วนร่วม 557
ดรัสพงศ์ สุวรรณพันธ์ ,โชติ บดีรัฐ ,ศรชัย ท้าวมิตร

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 568
ณัฐวรรณ ปานดำ ,จันทร์จารี เกตุมาโร

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 575
พชรพร สุนทรเต็ม ,จันทร์จารี เกตุมาโร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย 583
วิระพร กาฬหว้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด 592
ไพริน ศิริพันธ์ ,ปริชาติ แก้วไชย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 604
ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์ ,มณีรัตน์ จิรัปปภา

ผลของสมาธิบำบัดต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต 614
สุมณฑา คำประชม ,อาริยา สอนบุญ

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศจังหวัดสระแก้ว 624
พัชราภรณ์ จันทรฆาฎ ,นภาพร สิงห์นวล ,สุนทรี จีนธรรม ,พรนภา เตียสุธิกุล

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 631
ปาริชาต ลี้พล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ 642
นลิน ตันติโสภณวนิช

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง 649
กวิน กลับคุณ ,สุดา ขำนุรักษ์ ,อัฐพร ช่วยสงคราม

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด 658
ศิริพรรณ สุชาติสุนทร ,ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ ,อรุณี ต้นพงษ์เจริญ ,มณฑา แก้วสำอางค์ ,จิรนันท์ เพชรบูรณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 671
ขวัญจิรา บุญเดช ,จันทร์จารี เกตุมาโร

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL10 NO.2 April - June 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย . 679
สุภาวดี หล่อประดิษฐ์ ,ธีรพล หล่อประดิษฐ์

ผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 691
ชณาฎา จันทคัต

การพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ 702
จินตนา ศรีรมย์ ,ชญาภา แสนหลวง ,อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร 712
ศิริมา เทพสุภา ,กิตติรัตน์ ไพจิตโรจนา ,ไกรณญา เมธานวกิจไพศาล ,มัญชุตา การย์กวินพงศ์

การพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ 721
จุฑามาส ถนอมพงษ์ชาติ ,นัตตญา เวียงจันดา

ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ 731
ดาววิภา สาศรีเมือง

ประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพอำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี 741
ศุภรดา จันทร์ถมยา ,ศุภัช จันทร์ถมยา

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ 750
สุลีสกฤษณ์ มานะจิตต์ ,ธเนศ สังข์ศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ 761
พิพัฒน์ พุทธโร

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร 772
จงจิต สร้อยจักร

การพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 781
กิติญาดา พรไทย ,ภัทราวดี มากมี ,ปรัชญา แก้วแก่น

ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 791
พิมลพรรณ อันทะหวา ,นงเยาว์ มีเทียน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร 801
อารี บุตรสอน ,ปรเมศวร์ ขันธ์แก้ว ,ฐิติกร ประสาร

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 812
คลาย อาจสาลี

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ 822
พิพัฒน์ พุทธโร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 833
เยาวภา ขาววิเศษ

การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอด โดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 843
พรนภัส ไชยการ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงกับครอบครัวและชุมชน 855
รัติการณ์ กอมขุนทด

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา 866
จักรี สาริกานนท์

การพัฒนาระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี 872
ศุภัช จันทร์ถมยา

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.1 April - June 2025

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้ กรณีศึกษา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 883
นพดล สีสุข ,วีระโชติ รัตนกุล

การประเมินผลการดำเนินงาน การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 892
ปิยะมาศ ปรีชาฎก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร 905
ปัทมา คงบุญรักษ์

รูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 919
กรชนก ภูจอมนิล

ประโยชน์ของการพัฒนาการใช้ช่องทางด่วนพิเศษในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรม 929
ศิรฉัตร วิทยากร ,พาทิศ อนุกูลอนันต์ชัย ,วรรณ ภักดีไทย

การศึกษาความพึงพอใจและประสิทธิภาพการใช้งานในการพัฒนาถุงผ้าใส่ขวด Drain สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ 938
กัญญาณัฐ จันทร์ฉายเมธากุล

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่อความกลัวการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร 949
ปราวีณา นุกูลกิจ

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล 961
ศิริพร ฉัตรชัยพลรัตน์ ,ณิชชารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย ,นงนุช พลเขต

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 970
นิภา สุทธิพันธ์ ,นันทิกา ตั้งเพียร

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 979
สุริยา นะที ,บรรเทิง พลสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 989
วราลักษณ์ ปัดถาปาโท ,พวงเพชร จันทร์บุตร ,คณรัตน์ เดโฟเซซ์ ,รัชนี เจริญเพ็ง

ผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 998
วิทวัส เทพารส

การประเมินความคุ้มค่าของการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวาน : การศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษ..... 1005
ชญานิน กฤติยะโชติ ,กุสุมา มีศิลป์ ,สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์ ,อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ และจุฑามาศ แก้วจันดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 1017
พงศ์ดนัย ปั้นทอง ,สมปรารถนา ดาผา

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 1026
ขวัญอรุณ มักขุนทด ,จุฬาภรณ์ โสตะ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 38 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ โปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอก โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติด โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรค การบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน การให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ โปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลัก 4S4C โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โปรแกรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.2 April - June 2025

Part I

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL10 NO.2 April - June 2025
Part 1

สารบัญ

ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดสุโขทัย 1
สินีนาฏ ลือชูวงศ์
ประสิทธิผลของโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 9
ละมัย ถาวร ,ชนะพล ศรีฤาชา ,วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ,มุกดาวรรณ ชนะวงศ์
ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพัก เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 17
ณฐมน สืบชุย ,ณภัทร เตียวิไล
ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 27
ธนธร กานตอาภา ,กัลยา ตาสา
ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรี 35
พัชร์ณิษา สรณ์เอี่ยม ,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี
การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด คลินิกโรคหอบหืดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุไหงปาดี 46
มลวิภา จำปาทอง ,มนัสวี พิพัฒนวานิช ,ตายูดิง ดอเลาะห์
ผลประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567 51
ชัยนันต์ บุตรกาล
ผลการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศีขรภูมิ 68
สุภาวิรัศมิ์ ดวงใจ
ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 76
นิตยา ธีรวิโรจน์ ,นภาพร วิทยาประโคน
ผลของการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้หลา 85
รัชฎา เพชรสี่หมื่น ,ธเนศ สังข์ศรี
ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย 96
ปราณี งามตา
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม 106
พัชรินทร์ เกิดรื่น
การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี 114
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส ,ธัชธรรม์ มัฆนาโส
ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 124
นัชชา ยันติ ,วรรณา สุทธิวรรณ ,ศศิวิมล จันทร์มาลี ,วรวรรณ เหลืองชั่งทอง ,ภุชงค์ อินทร์ชัย
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ 135
พิมนภา รุโจปการ ,ศศิธร ศรีมีชัย
ศึกษาความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ในโรงพยาบาลกระบี่ 143
อนันตชัย ใจสบาย
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม 155
จิรวัฒน์ ขันสาคร ,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี
ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 165
ปิยวรรณ เจริญอินทร์ ,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.1 April - June 2025
Part 1

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ 174
ณัฐพัชร์ ร่วมเจริญชัย,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี

การพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 186
อดุลย์ ลาภเกิด ,วรรณา สุทธิวรรณ

ประสิทธิภาพการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลัก 4S4C ในการบริหารศูนย์จัดเก็บรายได้ ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน 197
วราพร อนนท์ ,ยุทธิชัย จันทร์ทองทิพย์

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรสงคราม 208
ธีระพงษ์ ฐิติธนากุล ,วรารก์ หวังจิตต์เชียร

ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 217
ปนิดา จุนันท์ ,วรกร วิชัยโย ,ธีรนาถ สุวรรณเรือง

การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทารกแรกเกิดป่วย 229
ประคองศรี ถนอมนวล ,อลิษา จันทร์ทะธรรม

อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 239
รัชฎา เหล่าพวงศักดิ์

ประสิทธิผลของมินิธัญญารักษ์และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด ที่คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ 250
วศรัญ วัฒนธีรางกูร

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 38 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ โปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอก โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติด โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรค การบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน การให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ โปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลัก 4S4C โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โปรแกรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดสุโขทัย

The Effects of Dental Health Education Program for Dental Caries Prevention among Prisoners in Sukhothai Prison.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

สินีนาฏ ลือชูวงศ์[1]
Sineenard Luechoowong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมทันตสุขศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา ระยะเวลาการทดลอง 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) รวมถึงค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: โรคฟันผุ ทันตสุขศึกษา การรับรู้ความสามารถตนเอง

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed at evaluating the effectiveness of Dental Health Education Program for Dental Caries Prevention among Prisoners in Sukhothai Prison. The sample consisted of 60 participants, divided into an experimental group (30 participants) and a control group (30 participants). The intervention tool used was an oral health education program based on Bandura's self-efficacy theory, 6-month experimental period. Data collection instruments included a six-part questionnaire covering general information, knowledge, self-efficacy, expected benefits, self-care practices, and plaque index measurement. Data were analyzed using descriptive statistics, as well as Paired t-test and Independent t-test for mean comparisons.

The results showed that after using the program, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge, self-efficacy, expected benefits, and self-care practices compared to before the program and the control group ($p<0.05$). Additionally, the experimental group showed a significant improvement in plaque index compared to before using the program and to the control group ($p<0.05$).

Keywords: Dental Caries, Dental Health Education, Self-Efficacy

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทันตกรรม จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ.2566 พบว่าประชากรไทยอายุ 35-44 ปี มีโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ

[1]ท.บ. กลุ่มภารกิจทันตกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย

94.7 และมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 52.9[1] แม้ว่าผู้ต้องขังจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลพื้นฐาน แต่การเข้าถึงบริการทันตกรรมยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านกฎระเบียบ ขั้นตอนการรักษา และทรัพยากรด้านบุคลากรและอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ[2] และจากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่สำคัญของผู้ต้องขัง คือ ผู้ต้องขังบางรายไม่มีฟันแท้ที่ใช้ในการบดเคี้ยวอาหารได้เลย จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง เนื่องจากอาการปวดฟัน โรคเหงือก และการสูญเสียฟัน อาจส่งผลต่อการรับประทานอาหาร สุขภาพกาย และสภาพจิตใจ[3]

การส่งเสริมให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคฟันผุ แต่จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าผู้ต้องขังมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 73.1 และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2[4] การพัฒนาโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยอาศัยแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา ซึ่งเน้นการสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมอาจจะประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ ฝึกทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง รวมถึงการกระตุ้นแรงจูงใจผ่านการให้รางวัลและการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก[5] สอดคล้องกับการศึกษาของจิรารัตน์ เอมแย้ม และคณะ พบว่าโปรแกรมทันตสุขศึกษามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบมีนัยสำคัญทางสถิติ[6]

จังหวัดสุโขทัยดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ฯ ในเรือนจำจังหวัดสุโขทัย และเรือนจำอำเภอสวรรคโลก จากการตรวจสุขภาพช่องปากในปี 2566 ผู้ต้องขังมี ฟันผุร้อยละ 53.2 และมีพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุไม่ถูกต้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดสุโขทัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura's Self-efficacy Theory) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุที่เหมาะสมและยั่งยืน[(7)] ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ต้องขังและการปรับปรุงระบบบริการด้านทันตกรรมในเรือนจำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน

และหลังทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experiment group)และกลุ่มควบคุม (Control group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ต้องขังที่ถูกควบคุมตัวในเรือนจำจังหวัดสุโขทัย และเรือนจำอำเภอสวรรคโลก ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2567 รวมทั้งสิ้น 1,050 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องขังที่ถูกควบคุมตัวในเรือนจำจังหวัดสุโขทัย และเรือนจำอำเภอสวรรคโลก ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2567 ที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี และมีระยะเวลาต้องโทษคงเหลือไม่น้อยกว่า 6 เดือน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ระดับ 0.05 และขนาดค่าอิทธิพล (Effect size) กำหนดที่ 0.817[8] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การสุ่มขนาดตัวอย่าง จากจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จากนั้นทำการสุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมทันตสุขศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura's Self-efficacy Theory) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง กิจกรรมครอบคลุม 3 ส่วนหลักของทฤษฎี คือ 1) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และ 3) การใช้คำพูดชักจูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพก่อนต้องโทษ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนต้องโทษ ระยะเวลาที่ถูกคุมขังจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาต้องโทษที่เหลือโรคประจำตัว ประวัติการรักษาทางทันตกรรมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และการได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเรือนจำ

2.2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 15 ข้อ โดยเลือกได้ 2 คำตอบ ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.3 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือมั่นใจอย่างยิ่ง, มั่นใจ, ไม่แน่ใจ, ไม่มั่นใจ และไม่มั่นใจอย่างยิ่ง

2.4 แบบสอบถามด้านความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.5 แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ประจำ (5-7 วัน), บางครั้ง (1-4 วัน) และไม่เคยเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย จัดทำเครื่องมือเก็บข้อมูล และดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดสุโขทัย และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัดสุโขทัยในการทำวิจัย

2. ระยะการทดลอง ทำการประเมิน และตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ก่อนเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปาก และได้รับการตรวจสุขภาพฟัน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมทำกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง ระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมการให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคฟันผุ สาเหตุการเกิดโรคฟันผุการป้องกันและรักษาโรคฟันผุ การดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี โดยการบรรยายด้วยรูปภาพเคลื่อนไหว วิดีทัศน์ และกิจกรรมการสอนแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟันด้วยโมเดลฟัน โดยวิธีแบบขยับ-ปัด (Modified Bass Technique) การตรวจฟันด้วยตนเอง และให้ผู้ต้องขังฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) ทบทวนเนื้อหาในครั้งที่ 1 และให้ผู้ต้องขังจับกลุ่มเล่าถึงปัญหาฟันผุบอกถึงสาเหตุการเกิดโรคฟันผุ อาการ ผลกระทบการรักษาและการป้องกันโรคฟันผุ แล้วเขียนออกมาเป็นแผนผังความคิดและอภิปรายกลุ่ม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมฝึกการแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-6 คน โดยสอนการตรวจฟันของตนเองและเพื่อน สอนการแปรงฟันที่ถูกวิธี ให้ตัวแทนผู้ต้องขังออกมา สาธิตการแปรงฟันและการตรวจฟัน เพื่อฝึกทักษะการแปรงที่ถูกวิธีใช้ไหมขัดฟันให้ผู้ต้องขัง เคี้ยวเม็ดสีย้อมฟันแล้วไปแปรงฟัน จากนั้นให้ผู้ต้องขังจับคู่บัดดี้ตรวจฟันกับเพื่อนภายในกลุ่ม หากกรณีมีสีติดบริเวณคอฟัน แสดงว่าผู้ต้องขังยังแปรงฟันไม่ถูกต้อง แนะนำให้แปรงฟันที่ถูกวิธีและกลับไปแปรงฟันให้สะอาดอีกรอบ และเพื่อให้ผู้ต้องขังมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากป้องกันฟันผุที่ดีขึ้น

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) ให้ผู้ต้องขังกลุ่มทดลองฝึกแปรงฟันที่ถูกวิธีทดสอบด้วยการเคี้ยวเม็ดสีย้อมฟันและตรวจฟันตนเองและฟันของเพื่อน เพื่อให้แปรงฟันและตรวจฟันได้อย่างถูกต้อง และคัดเลือกและแต่งตั้งให้มีผู้ต้องขังแบบอย่างฟันสะอาดดีเด่น แล้วมอบเกียรติบัตร หลังทดลอง ทำการประเมิน และตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์หลังเข้าร่วมโครงการ

3. ระยะหลังทดลอง ติดตามการประเมิน และตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์หลังเข้าร่วมโครงการ (สัปดาห์ที่ 24)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของประชากร

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t–test ใช้ทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษา ภายในกลุ่มเดียวกัน และ Independent t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย รหัส COA No. 189/2023 IRB No. 160/2023 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 28 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีเพศชาย ร้อยละ 60.00 และกลุ่มควบคุมมีเพศ

ชาย ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 32.77±5.92 ปี และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 33.87±6.28 ปี ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นโสด ร้อยละ 56.67 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการสมรส ร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ศึกษาอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 30.00 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ศึกษาอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 36.67 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 60.00 และ 56.67 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 33.33 และกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 36.67 ระยะเวลาที่ถูกคุมขังเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 1.13 ± 0.82 ปี และกลุ่มควบคุม 1.43 ± 1.04 ปี ระยะเวลาต้องโทษที่เหลือเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 2.30 ± 1.60 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 2.03 ± 1.10 ปี กลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 และกลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.67 กลุ่มทดลองไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมร้อยละ 90.00 ขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ร้อยละ 70.00 และกลุ่มทดลองไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเรือนจำร้อยละ 76.67 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.00 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน จึงไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุก่อนใช้โปรแกรมอยู่ที่ 4.73 ± 1.01 และหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 6.07 ± 1.68 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุก่อนใช้โปรแกรมอยู่ที่ 23.23 ± 3.81 และหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 30.70 ± 2.45 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุก่อนใช้โปรแกรมอยู่ที่ 30.77 ± 1.61 และหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 37.57 ± 1.65 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุก่อนใช้โปรแกรมอยู่ที่ 18.67 ± 1.92 และหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 20.33 ± 1.58 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนใช้โปรแกรมอยู่ที่ 1.04 ± 0.31 และหลังใช้โปรแกรมลดลงเป็น 0.92 ± 0.17 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม (n=30)		หลังใช้โปรแกรม (n=30)		P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ	4.73	1.01	6.07	1.68	<0.001*
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุ	23.23	3.81	30.70	2.45	<0.001*
ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ	30.77	1.61	37.57	1.65	<0.001*
การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ	18.67	1.92	20.33	1.58	<0.001*
ปริมาณคราบจุลินทรีย์	1.04	0.31	0.92	0.17	<0.001*

*P<0.05

ก่อนใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ					
ก่อนใช้โปรแกรม	4.73	1.01	4.67	1.03	0.801
หลังใช้โปรแกรม	6.07	1.68	4.73	0.19	0.001*
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุ					
ก่อนใช้โปรแกรม	23.23	3.81	21.77	2.31	0.077
หลังใช้โปรแกรม	30.70	2.45	22.73	1.78	<0.001*
ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ					
ก่อนใช้โปรแกรม	30.77	1.61	30.37	1.25	0.287
หลังใช้โปรแกรม	37.57	1.65	30.43	2.42	<0.001*
การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ					
ก่อนใช้โปรแกรม	18.67	1.92	17.90	1.35	0.079
หลังใช้โปรแกรม	20.33	1.58	18.77	1.01	<0.001*
ปริมาณคราบจุลินทรีย์					
ก่อนใช้โปรแกรม	1.04	0.31	1.17	0.33	0.118
หลังใช้โปรแกรม	0.92	0.17	1.22	0.31	<0.001*

*P<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ ผู้ต้องขังทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุต่ำ แต่มีการรับรู้ความสามารถตนเองค่อนข้างสูงในการป้องกันฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา วัฒนเสน และคณะ พบว่า ร้อยละ 73.10 ของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ และร้อยละ 50.2 ของผู้ต้องขังมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก[4] เช่นเดียวกับการศึกษาของเพิ่มรัตนะ สรีระเทวิน และคณะ ที่รายงานว่า ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดนนทบุรีมีความรู้ในระดับต่ำถึงร้อยละ 71.20 และมีทัศนคติในการดูแลช่องปากระดับสูงถึงร้อยละ 57.30 แต่หลังจากใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้

เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันฟันผุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) [10] สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยา ศรีมาฤทธิ์ และคณะ พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา เพื่อการป้องกันโรคฟันผุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[11]

ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคฟันผุ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา ชุมจันทร์ พบว่า ผู้ต้องขังเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากมีความเจ็บปวดทางร่างกาย ความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้ต้องขังจึงมีความต้องการบริการสุขภาพช่องปาก และพร้อมให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อบรรเทาและยุติความเจ็บปวดอันเกิดจากปัญหาสุขภาพช่องปาก[12] และการศึกษาของจิรารัตน์ เอมแย้ม พบว่า โปรแกรมทันตสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุสามารถช่วยเพิ่มคะแนนความคาดหวังในผลในการดูแลทันตกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และรวมถึงสามารถเพิ่มคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) [6] เช่นเดียวกับการศึกษาของเราที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อาจจะเป็นผลมาจากโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่มีรูปแบบการสอนอย่างเป็นกิจกรรมกลุ่ม ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จจากบุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตนเอง มีสื่อการสอนที่น่าสนใจ ระบุถึงโทษของการไม่ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษา จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา[5] พบว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้านจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน

นอกจากนี้ยังพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของยุภารัตน์ ทุมแก้ว และคณะ พบว่า หลังใช้โปรแกรมทันตสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[13] และการศึกษาของวิทยา พลาอาด พบว่า หลังได้รับโปรแกรมทันตสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่าเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงทุกตำแหน่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) [14] ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมทันตสุขศึกษามีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุและเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ต้องขัง โดยช่วยให้ผู้ต้องขังมีความรู้และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงขึ้น รวมถึงมีความคาดหวังในผลดีของการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม รวมทั้งลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุลดลง โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ต้องขังหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืนในระยะยาวได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์ที่ได้รับจากโปรแกรมทันตสุขศึกษา และศึกษาว่าผู้เข้าร่วมยังคงมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นต่อเนื่องหรือไม่

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ เช่น อิทธิพลของครอบครัวหรือสภาพแวดล้อมในเรือนจำ เพื่อให้สามารถพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข.(2566) รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
2. วุฒิชัย ยานันท์.(2565). การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ต้องขังเรือนจำแห่งหนึ่ง. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
3. กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ.(2558). ผู้ต้องขังหญิง : สถานการณ์และข้อเสนอเชิงนโยบาย. นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. สุพัตรา วัฒนเสน, อัยลดา จันทะพา, กนิษฐา ตานิโก, ศิริวิมล ปัญญาผล, พัชรา อินขะ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำกลาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล. 2560;28(1):101-113.
5. Bandura, Albert.(1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
6. จิรารัตน์ เอมแย้ม และ วุฒิชัย จริยา.(2023). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 32(1):96–108.
7. Bandura, Albert.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
8. วัฒนา ชยธวัช.(2564). ขนาดอิทธิพลและอำนาจทดสอบในการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยทางคลินิก. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 4(1):67-76.
9. อรกัญญา บัวพัฒน์. (2551). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่มีต่อการป้องกันการเป็นเหา การรักษาความสะอาดของฟันและมือของนักเรียนชาวเขาประถมศึกษาตอนปลาย. วารสารครุศาสตร์. 49(1):1-14.
10. เพิ่มรัตนะ สรีระเทวิน, จันทร์เพ็ญ ศรีทัศน์, ประทีป กาลเขว้า.(2564). พฤติกรรมสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ต้องขังในเรือนจำ จังหวัดนนทบุรี. วารสารทันตาภิบาล. 2564; 32(2):54-69.
11. กิตติยา ศรีมาฤทธิ์, อลิษา มูลวงค์, ธิดานันท์ ดาลาด, เพ็ญศิริ นาโสก, แก้วใจ มาลีลัย, ภคิน ไชยช่วย, พรพรรธน์ มันตะสูตร.(2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 1(1):1-16.
12. พนิดา ชุมจันทร์.(2566). การประเมินโครงการบริการสุขภาพช่องปาก ผู้ต้องขังเรือนจำกลางชลบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 19(1):5-18.
13. ยุภารัตน์ ทุมแก้ว และรุจิรา ดวงสงค์.(2561). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาอำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล. 29(1):36-48.
14. วิทยา พลาอาด.(2562). ผลของการให้ทันตสุขศึกษาในผู้ปกครองต่อปริมาณคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองบัน ตำบลสาคร อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 1(2):1-7.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ประสิทธิผลของโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
Effectiveness of the Outpatient Screening Program at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: April 3,2025 ; Revised: April 20,2025 ; Accepted: May 4,2025)

ละมัย ถาวร[1] ชนะพล ศรีฤาชา[2] วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์[2] มุกดาวรรณ ชนะวงศ์[3]
Lamai Thaworn[1] Chanaphol Sriruecha[2] Wilawan Chomnirat[2] Mukdawan Chanawong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 28 ราย เลือกแบบเจาะจง และเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 320 ฉบับ เลือกแบบสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกระยะเวลารอคอย แบบบันทึกความแม่นยำในการคัดแยก แบบประเมินความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ ATS ยกเว้นผู้ป่วยในระดับที่ 1 ที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือ 1 นาที ความแม่นยำการคัดกรอง พบว่า หลังทดลองคัดแยกถูกต้องสูงกว่าก่อนทดลอง (mean= 68.1 mean= 42.8) ความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง (mean = 8.2 mean = 6.31) และไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ P-value < .05

คำสำคัญ: การคัดกรองผู้ป่วย ระยะเวลารอคอย ความแม่นยำในการคัดแยก

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to evaluate the effectiveness of an outpatient triage program on patient waiting times at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province. The sample consisted of 28 registered nurses, selected through purposive sampling, and 320 patient medical records, chosen using simple random sampling. Data were collected using a waiting time recording form, a triage accuracy assessment form, and a knowledge evaluation form for triage tool usage. Data analysis was conducted using the statistics of frequency and percentage distribution and Paired t-test.

The results found that most patient waiting times were below the Australian Triage Scale (ATS) standard, except for level 1 patients, whose waiting times exceeded the standard by 1 minute. The accuracy of triage classification improved after the intervention (mean = 68.1) compared to before the intervention (mean = 42.8). Additionally, the registered nurses' knowledge of triage tool usage was higher after the intervention (mean = 8.2) than before (mean = 6.31), with a statistically significant difference (P-value < .05).

Keywords: Triage, Waiting time, Triage accuracy

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2] รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[3] อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

บทนำ

การคัดกรองผู้ป่วยเป็นขั้นตอนสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ หากเกิดข้อผิดพลาดในการคัดกรอง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ความพิการ หรืออัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลโดยเร็วที่สุด โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ได้ใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง (Emergency Severity Index หรือ ESI) 5 ระดับ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการที่ผ่านมายังคงพบปัญหาด้านความแม่นยำของการคัดกรองและระยะเวลารอคอยที่ยาวนานกว่ามาตรฐาน[1]

แนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนที่สุด ไปจนถึงผู้ป่วยที่สามารถรอรับบริการได้โดยไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ จากข้อมูลสถิติระหว่างปี 2564-2566 โรงพยาบาลชุมแพพบว่า อุบัติการณ์ร้อยละการคัดกรองผิดพลาดอยู่ที่ 3.2, 2.1 และ 2 รายตามลำดับ [2]

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวทางการคัดกรองที่เป็นระบบและได้มาตรฐานสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรองผู้ป่วย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับ ESI มีความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินและเร่งด่วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนช่วยลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรอง[1] จากการวิเคราะห์ระบบคัดกรองในโรงพยาบาลชุมแพ พบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อาศัยประสบการณ์ส่วนตัวในการคัดกรองมากกว่าการใช้เครื่องมือมาตรฐาน ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเกินกว่ามาตรฐานที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรอนานกว่า 5 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนรอนานกว่า 10 นาที และผู้ป่วยเร่งด่วนรอนานกว่า 30 นาที ปัจจุบันโรงพยาบาลยังไม่มีโปรแกรมอบรมที่เป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยสำหรับพยาบาล ทำให้การคัดกรองยังขาดประสิทธิภาพ[4] ดังนั้น การพัฒนาและอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น โรงพยาบาลชุมแพควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดข้อผิดพลาดในการคัดกรอง ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และเพิ่มความแม่นยำในการประเมินระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น การพัฒนานี้ไม่เพียงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ยังสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาลชุมแพได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมแพจังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยหลังการทดลองกับเกณฑ์ของ The Australasian Triage Scale (ATS)
2. เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำการคัดกรอง ก่อน-หลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลารอคอย หลังการทดลองต่ำกว่าเกณฑ์ของ The Australasian Triage Scale

2. ความแม่นยำการคัดกรอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research One Group Pre-Post Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษา แยกตามระยะเวลาและระดับความเร่งด่วน ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดของกลุ่มอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ และค่าอิทธิพลด้วยโปรแกรม G*Power ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) อ้างอิงงานวิจัยของ วัชราภรณ์ โต๊ะทอง (2565)[3] กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ = 0.80 ระดับนัยสำคัญ = .05 และ Effect size = 0.70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 แฟ้ม จำนวน 160 แฟ้ม โดยแบ่งเป็นแต่ละระดับระดับละ 32 แฟ้ม ก่อนการทดลอง 160 ฉบับ หลังการทดลอง 160 ฉบับ รวมทั้งหมด 320 ฉบับ เลือกแบบสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) แยกเป็น 2 กลุ่ม 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก 2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) พยาบาลวิชาชีพที่ไม่อยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างช่วงเวลาที่จัดโครงการวิจัย เช่น ลา ป่วย ย้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก ประวัติการอบรมเวชปฏิบัติ

1.2 แบบบันทึกระยะเวลารอคอยโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบบันทึกของวัชราภรณ์ โต๊ะทอง (2565)[3] ที่พัฒนามาจากแนวคิดของวิทยาลัยแถบออสตราเลเซียสำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน (Australasian College For Emergency Medicine, 2016) ลักษณะแบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเป็นช่องว่างให้เติมเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการและเวลา ที่พบแพทย์แล้วนำมาคิดส่วนต่างของเวลาเป็นระยะเวลารอคอย

1.3 แบบบันทึกความแม่นยำในการคัดแยกโดยผู้วิจัยประยุกต์ จากแนวคิดการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ESI 5 ระดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2556)[4] ประกอบด้วย 1) คัดแยกถูกต้อง (Correct Triage) 2) คัดแยก ต่ำกว่าระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ (Under triage) และ 3) คัดแยกสูงกว่าระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ (Over triage) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการคัดแยกถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน คัดแยกต่ำกว่าหรือสูงกว่าฯ เท่ากับ 0 คะแนน

1.4 แบบประเมินความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยทัศนีย์ บุญเป็ง[5] และดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI) ของหน่วยบริการสุขภาพและมนุษย์ (Rahman, 2014) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ที่มารับการรักษา มีจำนวน 10 ข้อ เลือกตอบได้เพียง 1

คำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่กำหนดและต้องตอบให้ครบทุกข้อ โดย 1 ข้อคำถามประกอบด้วย 5 ตัวเลือก คือ ก. Level 1 ข. Level 2 ค. Level 3 ง. Level 4 จ. Level 5 เกณฑ์การให้คะแนน

- คะแนน 1-5 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์

- คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง ผ่านเกณฑ์

1.5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ต่อโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการคัดกรองประเมินผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของทิพรัตน์ วงศิลารัตน์[6] มีลักษณะเป็นแบบปลายปิด จำนวน 5 ข้อ คือ 1) ด้านความเหมาะสมของความรู้ 2) รูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสม 3) วิทยากรผู้ถ่ายทอดความรู้ได้อย่างเหมาะสม 4) ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม 5) สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ โดยใช้แบบเลือกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการการทดลอง คือ

โปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวทางการส่งเสริมความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพใช้คู่มือ MOPH ED Triage ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณะสุข [7]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) แบบบันทึกระยะเวลารอคอย ความแม่นยำการคัดแยก และแบบประเมินความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence :IOC) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.61, 0.76 และ 0.73 การตรวจสอบความเที่ยงตรง (reliability) โดยการนำแบบบันทึกระยะเวลารอคอย ความแม่นยำการคัดแยก และ แบบประเมินความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่า Cronbarch's alpha coefficient เท่ากับ 0.86, 0.81 และ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอทำการวิจัยในโรงพยาบาลชุมแพ

2. จัดทำโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมในมนุษย์ และเมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรม ในมนุษย์แล้ว จัดทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอทำการวิจัย

3. จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพ และทีมแพทย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาขอความยินยอมการตอบแบบสอบถาม

ระยะก่อนทดลอง

คัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึง ตุลาคม 2567 โดยแยกตามประเภทผู้ป่วย 5 ประเภท เก็บข้อมูลระยะเวลารอคอย ความแม่นยำการคัดกรอง ก่อนนำโปรแกรมมาใช้

ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการคัดกรอง และส่งเสริมความรู้พยาบาลวิชาชีพ

ระยะประเมินผลการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ เมื่อสิ้นสุดการทดลองในระยะเวลาการวิจัยที่กำหนด และระยะ 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง

เก็บข้อมูลระยะเวลารอคอย ความแม่นยำการคัดกรอง และความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะเวลารอคอย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแม่นยำการคัดแยก วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และ ร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินผู้ป่วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย และได้รับการเห็นชอบเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2567 เลขที่ CASHE 670028

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และ 51-60 ปี จำนวนเท่ากันคือ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 32 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 82 มีสถานภาพสมรส จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 57 เคยอบรมเวชปฏิบัติ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0

ผลการวิเคราะห์ระยะเวลารอคอยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วนระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของATS ยกเว้นผู้ป่วยในระดับที่ 1 ที่ยังสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือ 1 นาที

ผลการวิเคราะห์ความแม่นยำการคัดกรอง พบว่า ความแม่นยำในการคัดแยก ก่อนทดลอง คัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 42.8 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 57.1 โดยพบว่า การคัดแยกต่ำกว่าระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ ร้อยละ 24.5 ที่พบบ่อยคือ ระดับ ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 5 และคัดแยกสูงกว่าระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ ร้อยละ 75.4 ที่พบบ่อยคือ ระดับ ESI 5 คัดแยกเป็น ESI 4 หลังทดลอง คัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 68.1 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 31.8 โดยพบว่า การคัดแยกต่ำกว่าระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ ร้อยละ 30.3 ที่พบบ่อยคือ ระดับ ESI 4 คัดแยกเป็น ESI 5 และคัดแยกสูงกว่าระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ ร้อยละ 69.6 ที่พบบ่อยคือ ระดับ ESI 5 คัดแยกเป็น ESI 4

ผลการวิเคราะห์ ความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังทดลองในภาพรวมผ่านเกณฑ์ (mean=8.21 SD= .56) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=6.31 SD= .03) และความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 4, 6, 8 และ 10 แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ด้านความเหมาะสมของความรู้ อยู่ในระดับมาก (mean = 3.87 SD=1.17) รูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก (mean = 4.12 SD=0.78) วิทยากรผู้ถ่ายทอดความรู้ได้อย่างเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.54 SD= 0.61) ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.67 SD=0.54) และสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้อยู่ในระดับมาก (mean =

4.12 SD=0.78) ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.25 SD=0.67)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 กล่าวว่า ระยะเวลารอคอยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลารอคอย หลังการทดลองส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ ATS อธิบายได้ว่า ถึงแม้จะมีพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ที่งานผู้ป่วยนอกในแต่ละเวรอาจมีผู้ป่วยแต่ละระดับของความเร่งด่วนเข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพมีการให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยรายอื่นอยู่อาจทำให้การเข้าไปให้แผนการรักษาของผู้ป่วยระดับ 1 ฉุกเฉินวิกฤต มีระยะเวลารอคอยมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียได้ อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยระดับ 2-5 มีระยะเวลารอคอยน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานออสเตรเลียเห็นได้จากในห้วงของการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระดับ 5 อาจแสดงให้เห็นถึงภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคในระดับปานกลาง เล็กน้อย และทั่วไป อาจมีผลต่อระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยระดับ 1 ฉุกเฉินวิกฤตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชราภรณ์ โต๊ะทอง[1] ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน ระยะเวลารอคอยของ ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย ผู้ป่วยทั่วไปน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางระยะเวลารอคอยเท่ากับเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้นผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สอดคล้องกัน

สมมติฐานที่ 2 กล่าวว่า ความแม่นยำการคัดกรอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ความแม่นยำในการคัดแยก คัดแยกถูกต้อง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง คัดแยกไม่ถูกต้องหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลวิชาชีพได้รับโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกโดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การคัดกรองที่ชัดเจน นำมาฝึกใช้ส่งผลให้การคัดกรองเร่งด่วนมีความแม่นยำมากขึ้นในระยะ 1 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชราภรณ์ โต๊ะทอง[1] พยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังการทดลองร้อยละความแม่นยำในการคัดกรองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานที่ 3 กล่าวว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า การผ่านเกณฑ์ความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังทดลอง (mean=8.21 SD= .56) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=6.3 1 SD= .03) อธิบายได้อาจเกิดจากการที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการส่งเสริมความรู้ประกอบกับการมีแนวทางในการปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น ว่าก่อนการพัฒนาความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับคัดกรองประเภทผู้ป่วยโดยรวมผ่านเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสวรรณ ศุภทิน และณัฐวุฒิ กกกระโทก[3] ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังได้รับแนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์ของ Emergency Severity Index (ESI) พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดมีความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินวิกฤติ (Emergency) และกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgency) อยู่ในระดับสูง และพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันแต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า อาจเกิดจากการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมและมีแนวทางในการปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองตามระดับความฉุกเฉิน ประกอบกับการฝึกฝนจากสถานการณ์ควบคู่กับพยาบาลพี่เลี้ยงจนเกิดความชำนาญในการคัดกรองตามระดับความรุนแรงรวมถึงยังได้เข้าร่วมกิจกรรมการประเมินการพยาบาลในระยะก่อนตรวจรักษา การพยาบาลในระยะตรวจรักษา การพยาบาลในระยะหลังตรวจรักษา การดูแลต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาล และยังมีแนวทางในการฝึกปฏิบัติซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยลดความผิดพลาดได้ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา และสามารถคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของสมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์[8] ที่พบว่า คะแนนความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน หลังการใช้กระบวนการเพิ่มสูงมากขึ้นกว่าก่อนการใช้กระบวนการหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ลดาวัลย์ จันทร์แจ้ง และคณะ[9] พบว่า พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ได้รับโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ โรงพยาบาลตราด พบว่า ความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1.1 ควรให้ความสำคัญกับการอบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง

1.2 จากการศึกษาพบว่าระยะรอคอยผู้ป่วยฉุกเฉินสูงกว่าเกณฑ์ควรมีนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข และวิเคราะห์จำนวนผู้รับบริการในแต่ละวันเวลา ประเภทผู้ป่วยเพื่อเตรียมการรับสถานการณ์ นำสู่การบริหารอัตรากำลังเพื่อให้การบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.3 ควรมีการเก็บรายงานข้อมูลตัวชี้วัดเกี่ยวกับการคัดกรองที่ไม่ถูกต้องเพื่อนำผลมาปรับปรุงเป็นโอกาสพัฒนางานต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

2.1 ควรมีการนิเทศติดตามประเมินผลโปรแกรมการคัดกรองแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องและติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการคัดกรอง เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการนำโปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอกไปใช้ในแผนกอื่นๆในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในการสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นควรเพิ่มช่วงระยะเวลาในการติดตามผลระยะยาวเพื่อดูผลลัพธ์ในระยะยาวของการคัดกรอง

3.2 ควรเพิ่มตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งด้านประสิทธิภาพ เช่น จำนวนการวินิจฉัยที่แม่นยำ และด้านประสิทธิผล เช่น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3.3 ศึกษาผลกระทบของการคัดกรองต่อการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. วัชราภรณ์ โต๊ะทอง.(2565). ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 1(2):1-11.
2. ทิพยวรรณ เรืองชูพงศ์. (2566). การสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาลที่ผู้รับบริการกระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต. วารสารสภาการพยาบาล 38(2) 1-14
3. นภัสวรรณ ศุภทิน, ณัฐวุฒิ กกกระโทก.(2566). ประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 38(3):595-604.
4. พรพิไล นิยมถิ่น.(2564). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 6(2):15-28
5. ทัศนีย์ บุญเป็ง.(2564). โครงการการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด.
6. ทิพรัตน์ วงศิลารัตน์.(2559). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการคัดกรอง การส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 3(2):149-165
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). MOPH ED Triage. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
8. สมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์.(2565). ผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการแพทย์ สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 5(1):1-11
9. ลดาวัลย์ จันทร์แจ้ง, อันธิกา คะระวานิช, ณัฏฐกุล หนูจักร, ดาวรุ่ง ศิริพันธ์.(2567). การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ โรงพยาบาลตราด[อินเทอร์เน็ต]. 2567[เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก:. https://www.trathospital.go.th
10. สภาการพยาบาล.(2563). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/pdf
11. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.(2566). Research on ESI Triage [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th

ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพัก เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร

Effects of a Solid Waste Management Program Based on the 5R Principles on Waste Reduction Behavior in Dormitories in Thonburi District, Bangkok.

(Received: April 2,2025 ; Revised: May 4,2025 ; Accepted: May 5,2025)

ณฐมน สืบซุย[1] ณภัทร เตียววิไล[2]
Nathamon Seubsui[1] Napat Tiewwilai[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพัก เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และพฤติกรรมในการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพักก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 70 คน คือกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดปริมาณขยะ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วย สถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และพฤติกรรมในการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพักมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, หลัก 5R, การลดปริมาณขยะมูลฝอย

Abstract

This quasi-experimental research on a solid waste management program based on the 5R principles aimed to examine its effects on waste reduction behaviors in dormitories in Thonburi District, Bangkok. The study's objective was to compare levels of knowledge, attitudes, perceived self-efficacy, behavioral intention, and waste reduction behaviors in dormitories before and after the experiment. The sample consisted of 70 participants, divided into an experimental group (35 participants) and a control group (35 participants), selected using purposive sampling based on inclusion criteria. The experimental group participated in a behavior modification program for four weeks. Data were collected using a researcher-developed questionnaire that met acceptable quality standards. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, and standard deviation, with hypothesis testing conducted using the Paired Samples t-test and Independent t-test.

The results revealed that after the experiment, the experimental group exhibited significantly higher levels of knowledge, attitudes, perceived self-efficacy, behavioral intention, and waste reduction behaviors in dormitories compared to before the experiment, with statistical significance at 0.05 level. Additionally, when comparing between groups, the experimental group demonstrated significantly higher post-test mean scores in knowledge of waste reduction, perceived self-efficacy, behavioral intention, and waste reduction behaviors than the control group at a significance at 0.05 level.

[1] อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

Keywords: Behavior modification program, 5R principle, waste reduction

บทนำ

ปัญหาเรื่องขยะมูลฝอยนับว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก สาเหตุเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรโลก และสิ่งที่ตามมาอย่างเลี่ยงไม่ได้ก็คือขยะมูลฝอย ย่อมมีจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย เมื่อปี 2562 สถานการณ์ขยะโลกกำลังน่าเป็นห่วง เนื่องจากในแต่ละปี มีขยะมูลฝอยชุมชน เกิดขึ้นปีละมากกว่า 2.1 พันล้านตัน แต่มีเพียงร้อยละ 16 หรือราว 323 ล้านตันเท่านั้น ที่ถูกนำไปเข้าสู่กระบวนการรีไซเคิล[1] สถานการณ์การจัดการมูลฝอยในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 มีปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทั้งประเทศ ทั้งหมดประมาณ 25.7 ล้านตัน ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 มีปริมาณขยะเกิดขึ้น 24.9 ล้านตันจึงเห็นได้ว่ามีปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น สาเหตุเกิดจากการเพิ่มขึ้นของประชากรและการขยายตัวของชุมชนในแต่ละปี พ.ศ. 2564 อัตราการเกิดขยะมูลฝอยต่อคนมีปริมาณ 1.03 กิโลกรัม/คน/วัน ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 ลดลงเป็น 0.34 กิโลกรัม/คน/วัน โดยเป็นผลมาจากการร่วมมือของรัฐบาลกับประชาชนร่วมมือกันรณรงค์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยจากต้นกำเนิด และการใช้ประโยชน์จากมูลฝอย โดยเปรียบเทียบในปี 2564 และปี 2565 การจัดการขยะมูลฝอยถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง จาก 9.28 ล้านตัน เป็น 9.8 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5.6 ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ จาก 7.89 ล้านตัน เป็น 8.8 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 11.5 จึงทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้องลดลง จากเดิม 7.8 ล้านตัน เป็น 7.1 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 8.9 ถึงแม้ว่าปริมาณขยะที่เกิดขึ้นต่อคนมีอัตราลดลงและการกำจัดอย่างถูกต้องรวมไปถึงการนำไปใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีปัจจัยที่ส่งผลให้การจัดการขยะมูลฝอยไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เช่น ในบางพื้นที่ยังไม่สามารถดำเนินการคัดแยกขยะมูลฝอย จากต้นทางได้หรือในบางพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความพร้อมในการให้บริการเก็บขน และกำจัดขยะมูลฝอยมีการดำเนินการที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การขาดความร่วมมือจากประชาชน นักท่องเที่ยว และผู้ประกอบการในการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง รวมถึงยังมีการใช้สินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ที่ไม่สามารถย่อยสลายได้ตามธรรมชาติ อาทิ เช่น ถุงพลาสติกและโฟม รวมไปถึงการลักลอบทิ้งในเขตพื้นที่สาธารณะหรือลักลอบทิ้งลงสู่แม่น้ำ ฯลฯ เป็นต้น[2] แนวทางหนึ่งในการจัดการขยะที่ได้รับความสนใจและส่งเสริมในระดับสากล คือ หลักการ 5R ซึ่งประกอบด้วย Reduce (ลดการใช้) Reuse (ใช้ซ้ำ) Recycle (รีไซเคิล) Repair (ซ่อมแซม) และ Refuse (ปฏิเสธการใช้สิ่งของที่ก่อให้เกิดขยะ) โดยหลัก 5R นี้เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการลดปริมาณขยะตั้งแต่ต้นทางผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้ทรัพยากรอย่างมีสติและรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม

สำหรับกรุงเทพมหานครนับเป็นเมืองที่มีประชากรอยู่เป็นจำนวนมากและเป็นเมืองที่มีปัญหาการกำจัดขยะมากที่สุด ในแต่ละวันจะมีขยะประมาณ 12,214 ตัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเป็นวัน ละ 15,000 ตัน ทำให้กรุงเทพมหานคร ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายการกำจัดขยะปีละถึง 2,000 ล้านบาท[3] ในขณะแนวทางจัดการขยะในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร 20 ปี ที่เน้นให้ขยะเหลือน้อยที่สุดไปกระทั่งเหลือศูนย์ เพื่อลดภาระในการกำจัดขยะปลายทาง แต่ดูเหมือนว่าตั้งแต่เริ่มแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมา กรุงเทพมหานคร ไม่สามารถคัดแยกขยะให้ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 80 เพื่อลดการกำจัดขยะที่ปลายทางให้เหลือเพียงร้อยละ 20 แต่ตลอดช่วง 8 ปีที่ผ่านมาพบว่า ปริมาณขยะของกรุงเทพมหานคร ไม่ได้ลดปริมาณลงตามเป้าหมาย มีเพียงปี 2563 - 2564 ที่ปริมาณขยะลดลงในช่วงการระบาดของ โควิด-19 โดยการที่ปริมาณขยะในกรุงเทพมหานคร ไม่ลดลงตาม

เป้าหมาย เพราะคนกรุงเทพไม่มีการแยกขยะ โดยมีจำนวนขยะ 12,214 ตันต่อวัน สามารถแยกขยะเพื่อรีไซเคิลได้ประมาณ 3,672 ตันต่อวันเท่านั้น[4]

ในส่วนปริมาณขยะมูลฝอยในพื้นที่เขตธนบุรีเฉลี่ยเท่ากับ 4,792.58 ตัน โดยเมื่อเทียบกับปริมาณมูลฝอยของกรุงเทพมหานคร เขตธนบุรีมีปริมาณขยะมูลฝอย คิดเป็นร้อยละ 1.55 จากปริมาณขยะในกรุงเทพมหานครทั้งหมด และ ปริมาณขยะมูลฝอยต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 157.13 ตันต่อวัน เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในเขตธนบุรี จำนวน 111,143 คน โดยค่าเฉลี่ยประชากรต่อปริมาณ ขยะมูลฝอยในเขตธนบุรี เท่ากับ 1.41 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน[5] แหล่งกำเนิดขยะมูลฝอย มาจากกิจกรรมต่างๆ ของเราในชีวิตประจำวัน ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในสถานที่ต่างๆ จะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามแหล่งกำเนิด โดยแหล่งกำเนิดที่สำคัญได้แก่ ขยะมูลฝอยจากอาคารบ้านเรือน ที่อยู่อาศัย มีลักษณะหลากหลาย เช่น เศษอาหาร เศษวัสดุต่างๆ ทั้งที่อันตรายและไม่อันตราย[6] ซึ่งหอพักก็เป็นแหล่งกำเนิดขยะมูลฝอยที่สำคัญ เนื่องจากหอพักเป็นรูปแบบการบริการห้องพักแบบให้เช่าเป็นรายเดือน มีระดับราคาตั้งแต่ถูก ปานกลาง มีสิ่งอำนวยความสะดวกมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับราคา ปัจจุบันหอพักมีการเปิดให้บริการจำนวน 676 แห่งตามที่มีการจดทะเบียน [7]ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งผลดี และผลเสียในชุมชนที่อยู่อาศัย ซึ่งผลเสียหนึ่งที่ตามมาคือปัญหาขยะมูลฝอยที่มากขึ้น เนื่องจากผู้พักอาศัยในหอพักมีการซื้อสิ้นค้าในการอุปโภคบริโภคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงเป็นการเพิ่มปริมาณขยะมูลฝอย และการซื้ออาหารมารับประทาน ทำให้ขยะประเภทขยะมูลฝอยทั่วไปเป็นจำนวนมากไม่ว่าจะเป็น กล่องโฟมใส่อาหาร ถุงพลาสติก หลอดน้ำ เป็นต้น ผู้พักอาศัยในหอพักบางรายไม่มีการคัดแยกขยะก่อนนำไปกำจัด ส่งผลก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดๆ จนเกิดเป็นความเคยชิน หากผู้พักอาศัยในหอพักไม่ลดขยะมูลฝอยหรือจัดการขยะมูลฝอยที่แหล่งกำเนิดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และมีปริมาณขยะมูลฝอยที่มากเกินไปปัจจุบันระบบการกำจัดขยะมูลฝอยของหอพักแต่ละแห่งจะมีระบบการทิ้งและกำจัดขยะมูลฝอยที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้หอพักแต่ละแห่งมีความน่าอยู่แตกต่างกันตามไปด้วย ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในเรื่องมลภาวะทางกลิ่นที่รบกวน หรือสัตว์รบกวน เช่น หนู แมลงสาบ รวมถึงการจัดการที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ พฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความยั่งยืนในการจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสถานที่ที่มีการอยู่อาศัยรวม เช่น หอพัก ซึ่งเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของนักศึกษา และแรงงานในเขตเมือง มีลักษณะการใช้ชีวิตที่เน้นความสะดวกสบาย และมีแนวโน้มที่จะผลิตขยะในปริมาณมาก การส่งเสริมพฤติกรรมการลดขยะในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ และสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกในวงกว้างได้ จากการสำรวจเบื้องต้นของผู้วิจัยพบว่าหอพักส่วนใหญ่ในเขตธนบุรีไม่มีการคัดแยกขยะมูลฝอย มีปริมาณขยะมูลฝอยที่มากเกินไปและทำให้ขยะมูลฝอยล้นถังขยะ เกิดปัญหากลิ่นเหม็น มีสัตว์รบกวน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพัก เขตธนบุรี กรุงเทพมหานครขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมในการลดปริมาณขยะมูลฝอยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้การจัดการขยะมูลฝอย ทัศนคติต่อต่อการจัดการขยะมูลฝอย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมในการลดปริมาณขยะมูลฝอยและพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้พักอาศัยในหอพักจำนวน 2 หอพักในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 19 – 25 ปี จำนวน 124 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ที่พักอาศัยในหอพัก เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และเป็นการทดสอบแบบทางเดียว ขนาดอิทธิพล (Effect size) d= 0.5 และให้อำนาจในการทดสอบ 1-β = 90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน ในหอพักลำดับที่ 1 และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน ในหอพักลำดับที่ 2 มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยเกณฑ์คัดเข้าดังนี้เป็นตัวแทน 1 คนของผู้ที่พักอาศัยอยู่ในหอพักเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป อายุอยู่ในช่วง 19 - 25 ปี มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน และเป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีทั้งสิ้น 2 ส่วนได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planed Behavior: TPB)[8] 2) สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม เช่น สไลด์ประกอบการบรรยาย คลิปวีดิโอ โปสเตอร์ เป็นต้น รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 4 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) กิจกรรม“SINGLE-USE PLASTIC คือปัญหา” และ 2) กิจกรรม “นี่หรือคือ 5R” กิจกรรมส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 2) กิจกรรม “คัดแยกกันไหม”มีการสาธิตการคัดแยกขยะเพื่อส่งเสริมการทิ้งขยะตามประเภทของถังขยะ และฝึกการทิ้งขยะมูลฝอยให้ถูกต้อง กิจกรรมการส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 3) กิจกรรม “เปลี่ยนขยะให้มีค่าด้วยมือเรา” การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และสัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 4) กิจกรรม “การสร้าง Commitment ที่ดี” กิจกรรมประกอบไปด้วยติดตามผล ผู้วิจัยทำการติดตามสังเกตพฤติกรรมของสร้างความมุ่งมั่นที่ดีในการคัดแยกขยะมูลฝอยของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 2 ชุดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ชุดที่ 1 แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบไปด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการลดปริมาณขยะมูลฝอย จำนวน 15 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบให้เลือกตอบแบบใช่ ไม่ใช่ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด มี

คะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 5 ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 7 ข้อ โดยส่วนที่ 4 และ 5 นี้ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากมากที่สุด (5) ถึงน้อยที่สุด (1) สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน และ10-50 คะแนนตามลำดับ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมของผู้ประกอบการขายอาหารแผงลอย จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากปฏิบัติทุกครั้ง (5) ถึงไม่ได้ปฏิบัติ (1) สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน และชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มทดลองเป็นแบบบันทึกปริมาณขยะในแต่ละวันสำหรับการติดตามและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามดังกล่าวนี้ ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน พร้อมวิเคราะห์ค่า IOC จากนั้นจึงนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับผู้อาศัยในหอพักที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20)[9]สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 1 ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[9] ทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.92

การดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการขั้นดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบไปด้วย (1) ขออนุญาตทำวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย (2) ประสานงานกับเจ้าของหอพักเพื่อขออนุเคราะห์สถานที่จัดกิจกรรม (3) เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และบทบาทหน้าที่ในการช่วยกิจกรรมในโปรแกรม (4) จัดเตรียมสถานที่ สื่อ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในกิจกรรม และ (5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า

2. ขั้นดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ดังนี้

(1) กลุ่มทดลองได้กิจกรรมรายกลุ่ม จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 1-4 โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 1)

(2) กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมรายกลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 โดยการให้ความรู้เรื่องความหมายของหลัก 5R ชมสื่อวีดีโอเรื่อง ลดและคัดแยกขยะมูลฝอย เพื่อสร้างสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ดี มีการสาธิตการคัดแยกขยะเพื่อส่งเสริมการทิ้งขยะตามประเภทของถังขยะ และฝึกการทิ้งขยะมูลฝอยให้ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ใช้พรรณนาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติ Paired Sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังของกลุ่มทดลองภายในกลุ่ม และใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 สรุปกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพักของกลุ่มทดลอง

ครั้งที่/สัปดาห์	จุดมุ่งหมาย	กิจกรรมการเรียนรู้
1 สัปดาห์ที่ 1 เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการโดย ผู้วิจัย	เสริมสร้างทัศนคติด้านบวกต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยรับรู้ถึงผลดีของการคัดแยกขยะมูลฝอย	กิจกรรม“SINGLE-USE PLASTIC คือปัญหา” และกิจกรรม “นี่หรือคือ 5R” - บรรยายให้ความรู้ เรื่องปริมาณขยะมูลฝอยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม - บรรยายให้ความรู้ เรื่อง หลัก 5R ในการจัดการขยะ - อภิปรายกลุ่ม “การคัดแยกขยะด้วยหลัก 5 R มีผลดีอย่างไร”
2 สัปดาห์ที่ 2 เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการโดย ผู้วิจัย	เพิ่มความเชื่อบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	กิจกรรม “คัดแยกกันไหม” - บรรยายให้ความรู้ เรื่อง การคัดแยกขยะมูลฝอยด้วยหลักหลัก 5R เกี่ยวกับผลดีของการคัดแยกขยะมูลฝอย และกระตุ้นเชิญชวนให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอย - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มทดลองที่อาศัยหอเดียวกัน จากแบบอย่างที่ดีภายในกลุ่มและวิธีการคัดแยกขยะมูลฝอย
3 สัปดาห์ที่ 3 เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการโดย ผู้วิจัย	เพิ่มการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะคัดแยกขยะมูลฝอย	กิจกรรม “เปลี่ยนขยะให้มีค่าด้วยมือเรา” - อภิปรายกลุ่มโดยการให้ตั้งเป้าหมาย และประเมินระดับความสามารถของตนเองในการคัดแยกขยะมูลฝอย - ประเมินปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการคัดแยกขยะมูลฝอย - สาธิต และฝึกปฏิบัติในการคัดแยกขยะมูลฝอย ตามหลัก 5R - กระตุ้นเตือนให้เห็นผลดีของการคัดแยกขยะมูลฝอย
4 สัปดาห์ที่ 4 เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการโดย ผู้วิจัย	เพิ่มการรับรู้ถึงความพร้อมที่จะตั้งใจใฝ่พฤติกรรมในการลดปริมาณขยะมูลฝอย	กิจกรรม “การสร้าง Commitment ที่ดี - อภิปรายกลุ่ม พูดคุย เกี่ยวกับ “ประสบการณ์ที่ทำได้สำเร็จในการลดปริมาณขยะมูลฝอยว่าได้มากน้อยเพียงใด” “อุปสรรคของการคัดแยกขยะมูลฝอย” “วิธีในการเอาชนะหรือการขจัดอุปสรรค” และ “ตั้งเป้าหมายและการปฏิบัติเพื่อเอาชนะอุปสรรค” - กล่าวชื่นชมให้กับผู้ที่ประสบผลสำเร็จในการคัดแยะขยะ และให้กำลังใจกับผู้ที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 052/67E46 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.86 ช่วงอายุ 20-23 ปี ร้อยละ 88.53 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 91.43 43 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพัก ระยะเวลา 3 เดือน – 11 เดือน ร้อยละ 74.29 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 11,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 54.29 จำนวนสมาชิกในห้องพัก 1 คน ร้อยละ 82.86 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ไม่มีการคัดแยก ร้อยละ 51.43 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยตามหลัก 5R คิดเป็นร้อยละ 97.14 และพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 ช่วงอายุ 20-23 ปี ร้อยละ 77.14 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 94.28

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักระยะเวลา 3 เดือน – 11 เดือน ร้อยละ 28.57 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 71.42 จำนวนสมาชิกในห้องพัก 1 คน ร้อยละ 54.29 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 77.14 ส่วนใหญ่ไม่มีการคัดแยก คิดเป็นร้อยละ 17.14 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยตามหลัก 5R ร้อยละ 88.57

2. ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพัก เมื่อเปรียบเทียบภายในพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้การลดปริมาณขยะมูลฝอย ทัศนคติต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และพฤติกรรมในการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพักมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อน – หลังการทดลองในตัวแปรความรู้การลดปริมาณขยะมูลฝอย การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมและพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยมากกว่ากว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ก่อน – หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		ผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม[2]
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
ความรู้การลดปริมาณขยะมูลฝอย					
$\bar{x}$ (S.D.)	9.74 (1.88)	12.66 (1.06)	10.80 (1.67)	10.74 (1.70)	t = 1.91, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 7.98, p<.001		t = 0.40, p = 0.689		
ทัศนคติต่อพฤติกรรม					
$\bar{x}$ (S.D.)	45.69 (5.07)	49.03 (4.34)	48.20 (3.89)	48.26 (4.19)	t = 077, p<.452
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 3.17, p<.003		t = 0.23, p = 0.822		
การรับรู้ความสามารถ					
$\bar{x}$ (S.D.)	29.40 (5.61)	32.43 (3.93)	30.29 (3.49)	30.34 (3.54)	t = 2.09, p<.023
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 3.29, p<.002		t = 0.24, p = 0.812		
ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม					
$\bar{x}$ (S.D.)	34.94 (4.88)	3.98 (5.07)	37.63 (4.18)	36.97 (3.83)	t = 2.91, p<.009
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 5.62, p<.001		t = 0.24, p = 0.812		
พฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย					
$\bar{x}$ (S.D.)	36.94 (6.39)	45.54 (5.69)	40.57 (4.37)	39.49 (4.67)	t = 6.06, p<.001
ผลเปรียบเทียบภายในกลุ่ม[1]	t = 6.93, p<.001		t = 1.91, p = 0.065		

หมายเหตุ: [1] Paired Simple t- test; [2] Independent t-test

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R ต่อการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพัก เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีตามแบบแผน TPB พบว่าใน 4 สัปดาห์ที่ได้รับโปรแกรมแล้ว

นั้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และพฤติกรรมในการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพักสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% (P-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน กลุ่มทดลองมีความรู้ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลเนื่องมาจากการจัดกิจกรรม SINGLE-USE PLASTIC คือปัญหา โดยให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์ตนเอง อธิบายปริมาณขยะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อธิบายความหมายของหลัก 5R การถ่ายทอดองค์ความรู้นี้จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ในการลดปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกต้อง

ทัศนคติต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับทัศนคติมากกว่าการทดลอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลเนื่องมาจากการจัดกิจกรรม SINGLE-USE PLASTIC คือปัญหาและลดขยะกันไหมโดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงปริมาณขยะมูลฝอยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมให้เกิดการปรับ mind set เพื่อเพิ่ม skill set ด้านความคิดด้านความรู้สึก ด้านการปฏิบัติ มีชมสื่อวีดีโอเรื่อง ลดและคัดแยกขยะมูลฝอย มีการสาธิตการคัดแยกขยะเพื่อส่งเสริมการทิ้งขยะตามประเภทของถังขยะ และฝึกการทิ้งขยะให้ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมความตระหนักให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมเปลี่ยนขยะให้มีค่าด้วยมือเราโดยผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นเตือนให้เห็นเห็นผลดีของการคัดแยกขยะมูลฝอย รวมถึงอธิบายถึงการลดและคัดแยกขยะมูลฝอย การสาธิตการคัดแยกขยะเพื่อส่งเสริมการทิ้งขยะตามประเภทของถังขยะ และฝึกการทิ้งขยะให้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการจดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในแต่ละวันเพื่อใช้เปรียบเทียบปริมาณขยะก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อส่งเสริมทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถ

ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมการสร้าง Commitment ที่ดีในการลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยผู้วิจัยได้มีการพูดโน้มน้าวทำให้กลุ่มทดลองเกิดการสร้างความมุ่งมั่นที่ดีเอาชนะอุปสรรคในการคัดแยกขยะมูลฝอยให้สำเร็จ

พฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มทดลองมีความรู้ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพักที่ดีขึ้นและยังมีกิจกรรมการจดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยจึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยในหอพักลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจ และพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยในหอพักที่ดีขึ้น และยังมีกิจกรรมการจดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอย โดยผู้วิจัยมีการติดตามผลการจดบันทึกของกลุ่มทดลอง บรรยายถึงความรู้เกี่ยวกับหลัก 5R การคัดแยกขยะมูลฝอยตามประเภทของถังขยะ การสร้างความมุ่งมั่นที่ดีในการลดปริมาณขยะมูลฝอย และชักจูงให้มีพฤติกรรมที่ดีในการลดปริมาณขยะมูลฝอยได้อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมพบว่าความแตกต่างของระดับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และพฤติกรรม ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกันก่อนที่จะมีการทดลอง ทำให้ผลที่ได้มานั้นไม่ได้

เกิดจากปัจจัยด้านอื่น นอกจากประสิทธิผลจากโปรแกรมสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นมาจากโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ใช้ทฤษฎีตามแบบแผน TPB ส่งผลให้มีการเพิ่มของพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยในหอพัก สูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีตามแบบแผน TPB ที่กล่าวว่า เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเชื่อมโยงระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล โดยนำไปใช้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ทัศนคติ ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม และพฤติกรรมของมนุษย์ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำซึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก 3 กลุ่มตัวแปรหลัก คือ ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งกลุ่มสุดท้ายคือตัวแปรที่เพิ่มเติมจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลโดย [8] Ajzen[8] เชื่อว่าหากบุคคลมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในระดับสูงก็จะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลนี้จะผันแปรไปตามความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและความสามารถของตนเองในการลดปริมาณขยะมูลฝอย หรือควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเหล่านั้น สอดคล้องกับงานวิจัย[10] พบว่า ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และระดับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ความรู้และความตระหนักในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน งานวิจัย[11] พบว่า ความรู้และความตระหนัก ในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน และงานวิจัย[12] พบว่า ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และระดับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R สามารถสร้างองค์ความรู้ทัศนคติให้กลุ่มทดลองเล็งเห็นความสำคัญในการคัดแยกและลดขยะมูลฝอยเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองทำให้เกิดความตั้งใจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในหอพักต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการหอพักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยของผู้พักอาศัยเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม.(2564). แผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศ. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม;.
2. กรมควบคุมมลพิษ.(2564). ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทยปี 2564 [อินเตอร์เนต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ5 มี.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_country.php
3. กรมควบคุมมลพิษ.(2565). สถานการณ์การจัดการมูลฝอยในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565[อินเตอร์เนต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/os/journal_detail.php?publish=14048&deptcode=os&fbclid=IwAR3_hYbVYywCjLNL4TshY4oPRyO2v_M6GtO3loCNr8remtVXqjxVYTYVk4
4. Thai Publica.(2022). วาระซ่อมกรุงเทพฯ:แผนจัดการขยะกทม. 20 ปียังคงล้นเมืองต่อไป [อินเตอร์เนต]. 2022. [สืบค้นเมื่อ 5 มี.ค. 66]. เข้าถึงจาก: https://thaipublica.org/2022/05/bangkok-agenda
5. ฝ่ายรักษาความสะอาดและสวนสาธารณะ เขตธนบุรี.(2564). ปริมาณขยะมูลฝอยในพื้นที่เขตธนบุรี. กรุงเทพฯ: สำนักงานเขตธนบุรี.

6. กรมควบคุมมลพิษ.(2561). แผนปฏิบัติการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยของสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
7. สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร.(2561). หอพักในเขตกรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร.
8. Ajzen, I.(1991). The Theory of Planned Behavior. ORGANIZATIONAL BEHAVIOR AND HUMAN DECISION PROCESSES. 50(2):179-211.
9. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.(2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ศรีอนันการพิมพ์.
10. ฉัตรนภา สนองบุญ.(2563). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชน ตำบลเมืองบางขลัง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
11. วันวิสาข์ คงพิรุณ และคณะ.(2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในหมู่บ้านโป่งปะ ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยนเรศวร. 26(2), 310-321.
12. ภิญโญ หงส์ทอง และคณะ.(2560). ผลของโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ตำบลพงศ์ประศาสน์ อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาส มหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีน ในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

The Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program on The Aggressive Behaviors among Patients with Amphetamine Dependence in The Minithanyaruk Khammuang Hospital of Khammuang District Kalasin Province.

(Received: March 31,2025 ; Revised: April 20,2025 ; Accepted: May 4,2025)

ธนธร กานตอาภา[1] กัลยา ตาสา[2]
Tanatorn Kantaapa [1] Kanlaya Tasa [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีน เพศชาย อายุ 18-59 ปี จำนวน 66 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัดตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 8 กิจกรรมติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale) และ 3) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยวัดผลคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีน ด้วยสถิติทดสอบทีแบบอิสระและไม่อิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลองลดลง โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมด้วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการทดลอง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบปกติ 1.57 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) (95% C I : -2.13 ถึง -1.02)

คำสำคัญ: พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีน โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Abstract

The two group, pre-posttest quasi experiment research aimed at studying the effects of a cognitive-behavioral therapy program on the aggressive behaviors among patients with amphetamine dependence in Minithanyaruk Khammuang hospital. The samples were male, aged 18-59 years patients with amphetamine dependence in Minithanyaruk Khammuang hospital. The 66 patients with amphetamine dependence were divided into experimental and control groups, 33 patients in each group. The control group received the FAST Model community therapy. The experimental group also received the FAST Model community therapy and participated in the cognitive-behavioral therapy program for 6 weeks, 120 minutes on the 1st and the 6th week, and 90 minutes from the 2nd to the 5th week. The research instruments consisted of personal information, overt aggressive scale test and the cognitive-behavioral therapy program. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-test at the level of $p < 0.05$.

The result found that after participating in the cognitive-behavioral therapy program, there was a significant decrease in the mean of the participants' overt aggressive scores (M=0.27, SD=0.84) than before (M=7.12, SD=1.67) ($p < 0.001$). The average score of the overt aggressive scale in the experimental group was lesser than the control group for 1.57 point (p-value <0.001) (95% C I : -2.13 to -1.02).

Keyword: aggressive behaviors, Patients with Amphetamine Dependence, cognitive-behavioral therapy program

---

[1] พ.บ.อว.เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
[2] พย.ม. โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรงและรวดเร็ว จากรายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในปี พ.ศ.2567 พบผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดจำนวน 171,183 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2566 จำนวน 25,586 คน ยาเสพติดที่มีผู้เข้าบำบัดรักษามากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 78.66 รองลงมา คือ เฮโรอีนร้อยละ 5.19 กัญชาร้อยละ 4.99 ฝิ่นร้อยละ 3.55และไอซ์ร้อยละ 2.65 ตามลำดับ[1] ปัญหาทางจิตเป็นความผิดปกติที่มักพบร่วมกันในผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยในปี พ.ศ.2563 ถึง พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยยาและสารเสพติดมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.42, 25.91 และ 26.99 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรง ก่อคดีอาญา สร้างปัญหาและความเดือดร้อนให้กับตนเอง ครอบครัว และผู้อื่นที่อาศัยในชุมชน โดยในปี พ.ศ.2563 ถึง พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากจำนวน 1,463 คน เป็น 2,782 คน และ 3,527 คน ตามลำดับ[2]

ผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่แสดงออกทั้งทางกายและวาจา ต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น พูดจาข่มขู่ แสดงท่าทางคุกคาม หรืออาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน เช่น ทำลายสิ่งของ จุดไฟเผา ฯลฯ พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากฤทธิ์ของแอมเฟตามีนซึ่งเป็นสารกระตุ้นประสาทกลุ่ม catecholamines หากใช้ในขนาดสูงอาจคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน และเสียชีวิตได้ และหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะเกิดภาวะสมองติดยา มีภาวะดื้อยา ทำให้ต้องใช้ยาในปริมาณที่มากขึ้น เมื่อเกิดความอยากยาและไม่ได้เสพยา จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้เช่นกัน[3] ดังนั้นเมื่อผู้ใช้สารเสพติดมีภาวะสมองติดยา จะส่งผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของตนเอง โดยมีความคิดด้านลบที่บิดเบือนไปจากความจริง หรือไม่สมเหตุสมผล ส่งผลให้การควบคุมตนเองบกพร่อง[4] จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ซึ่งสถิติในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 92.2 ของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อครอบครัว[5]

“มินิธัญญารักษ์” เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว 90 วัน สำหรับผู้ติดยาและสารเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวแบบใกล้บ้าน โดยใช้กระบวนการบำบัดแบบชุมชนบำบัด(Therapeutic community) ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายใหม่(FAST Model) ซึ่งเป็นการจำลองชุมชนที่ปลอดจากยาเสพติดให้ผู้ป่วยมาอาศัยอยู่ร่วมกัน ภายใต้กฎระเบียบของชุมชน ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น กลุ่มบำบัด การฝึกอาชีพ และกิจกรรมที่ช่วยในการปรับพฤติกรรม ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัด[2] โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วยยาเสพติดต่อการกลับไปเสพซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลคำม่วง เปิดให้บริการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ.2566 พบสถิติการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เข้ารับการบำบัด มีการทะเลาะวิวาท 50 ครั้ง ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 44 ครั้ง ทำร้ายตนเอง 25 ครั้ง และพูดก่อกวน ข่มขู่ 22 ครั้ง ซึ่งมักพบพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างน้อย 3 ครั้งต่อเดือน และเมื่อติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนภายหลังการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 53.92 กลับไปใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมก้าวร้าว และยังพบพฤติกรรมก้าวร้าวในบางคนของกลุ่มที่ไม่ได้กลับไปเสพยา จากการทบทวนวรรณกรรม Meta-analysis พบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม(Cognitive-behavioral therapy: CBT) มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว[6,7] และสามารถลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลงได้[8] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนในมินิ

ธัญญารักษ์ โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพิ่มเติมจากกระบวนการบำบัดแบบชุมชนบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลคำม่วง เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบชุมชนบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบปกติ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group, pre-posttest quasi experiment research) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีนจากแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา (บคก.สธ.V2) ที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว 90 วัน ในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลคำม่วง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G-Power Version 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน รวมทั้งหมด 52 คน ซึ่งในงานวิจัยได้เพิ่มจำนวนคนเผื่อโอกาสถอนตัวหรือสูญหายขณะทำการศึกษาอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มทดลองจำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน ที่มีค่าคะแนนจากแบบประเมิน บคก.สธ.V2 ตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว 90 วัน ในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลคำม่วง ในช่วงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึง ตุลาคม พ.ศ.2567 2) เป็นเพศชาย อายุ 18-59 ปี 3) มีคะแนน OAS ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป 4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีโรคร่วมทางสมองหรือมีความผิดปกติทางสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก โรคสมองพิการ โรคสมองเสื่อม ก้อนเนื้อในสมอง หรือภาวะเลือดออกในสมอง 2) มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล หลงผิด หรือแยกตัวเองออกจากสังคม 3) อยู่ในระยะถอนพิษยา 4) มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการใช้สารเสพติด และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale) ที่พัฒนาโดย Yudofsky[9] แปลโดย ตรีนุช ราฎร์ดุษฎี[10] ซึ่งผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มีการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงแบบ Inter rater เท่ากับ 0.9 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วยการวัดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด 2) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุสิ่งของ 3) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง และ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น นำคะแนนในแต่ละด้านมารวมกัน แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ

0 คะแนน ไม่มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

1-7 คะแนน มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับเล็กน้อย

8-15 คะแนน มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง

16-21 คะแนน มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหากับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ จากผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิด

และพฤติกรรม จำนวน 3 ท่าน โดยทุกกิจกรรมมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90-120 นาที ดำเนินการ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 6 มี 2 กิจกรรม และในแต่ละกิจกรรมจะมีการบ้านภายหลังการทำกิจกรรมทุกครั้ง รายละเอียดแต่ละกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม“อุ่นใจเมื่อแรกพบ” เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรม“คันฉ่องส่องพฤติกรรม” เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา สาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว และผลกระทบจากการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “ตรวจสอบความคิด” เป็นการค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริงหรือไม่สมเหตุสมผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดเชื่อมโยงปัจจัยที่กระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และตระหนักถึงผลกระทบจากใช้สารแอมเฟตามีน สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม“นักสืบทางความคิด” เป็นการฝึกคิดในมุมมองใหม่ ปรับเปลี่ยนความคิดให้ตรงความจริง สมเหตุสมผล และเป็นประโยชน์ สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม“ผ่อนคลายกายใจ” ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองด้วยวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ การแสดงอารมณ์ในแบบที่สังคมยอมรับ สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม“ปัญหาที่ว่าแย่แก้ได้นะ”ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้อง สมเหตุสมผล และสามารถใช้แหล่งช่วยเหลือทางสังคมได้อย่างเหมาะสม สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม“สื่อสารสร้างสรรค์”เน้นการสื่อสารทางบวกกับผู้อื่นเพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล สนับสนุนการทำสาธารณะประโยชน์ และชื่นชมบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และกิจกรรม“สะท้อนพฤติกรรม”ทบทวนสรุปผลสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ ออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการใช้สารเสพติด และระดับพฤติกรรมก้าวร้าว

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 177/2566 และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลและใช้เครื่องมือวิจัยโดยคณะผู้บริหารโรงพยาบาลคำม่วง ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครวิจัยจะถูกปกปิดเป็นความลับ และการนำเสนอและเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 26.61 ปี (S.D.= 6.51) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.97 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 48.48 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 33.33 และประถมศึกษาร้อยละ 18.18 สถานะภาพสมรสพบว่า แต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 39.39 แต่งงานแต่แยกกันอยู่ร้อยละ 36.36 และโสดร้อยละ 6.06 ส่วนใหญ่ว่างงานร้อยละ 60.6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 27.27 และเป็นเกษตรกรร้อยละ 12.12 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาทร้อยละ 39.39 กลุ่มทดลองทั้งหมดใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนและไม่มีอาการทางจิต ระยะเวลาการใช้มากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 96.97

ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.91 ปี (S.D.= 6.57) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.91 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 45.45 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 39.39 และประถมศึกษา

ร้อยละ 15.15 สถานะภาพสมรสพบว่า แต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 36.36 แต่งงานแต่แยกกันอยู่ร้อยละ 42.43 และโสดร้อยละ 9.09 ส่วนใหญ่ว่างงานร้อยละ 54.55 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 30.3 และเป็นเกษตรกรร้อยละ 15.15 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001-15,000 บาทร้อยละ 48.48 กลุ่มควบคุมทั้งหมดใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนและไม่มีอาการทางจิต ระยะเวลาการใช้มากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.94

2. พฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเล็กน้อยร้อยละ 63.64 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวปานกลางร้อยละ 36.36 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 87.88 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวเล็กน้อยร้อยละ 12.12 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเล็กน้อยร้อยละ 57.58 และมีพฤติกรรมก้าวร้าวปานกลางร้อยละ 42.42 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเล็กน้อยร้อยละ 72.73 และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 27.27 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับพฤติกรรมก้าวร้าว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง	n=33		n=33	
พฤติกรรมก้าวร้าวเล็กน้อย	21	63.64	19	57.58
พฤติกรรมก้าวร้าวปานกลาง	12	36.36	14	42.42
	$\bar{X}$=7.12, S.D.=1.67		$\bar{X}$=7.33, S.D.=1.99	
	Min=3, Max=12		Min=3, Max=14	
หลังการทดลอง	n=33		n=33	
ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	29	87.88	9	27.27
พฤติกรรมก้าวร้าวเล็กน้อย	4	12.12	24	72.73
	$\bar{X}$=0.27, S.D.=0.84		$\bar{X}$=1.85, S.D.=1.35	
	Min=0, Max=4		Min=0, Max=5	

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว 7.12 คะแนน (S.D.= 1.67) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว 0.27 คะแนน (S.D.= 0.84) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง 6.85 คะแนน (95% CI = -7.32 ถึง -6.38) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว 7.33 คะแนน (S.D.= 1.99) หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว 1.85 คะแนน (S.D.= 1.35) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง 5.49 คะแนน (95% CI : -5.85 ถึง -5.12) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ติดสารแอมเฟตามีน	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95 % CI of μ_d	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	7.12	1.67	6.85	-7.32 ถึง -6.38	<0.001*
หลังการทดลอง	0.27	0.84			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	7.33	1.99	5.49	-5.85 ถึง -5.12	<0.001*
หลังการทดลอง	1.85	1.35			

สถิติที่ใช้ทดสอบ * Paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.21 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.641) ส่วนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 1.57 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) (95% C I : -2.13 ถึง -1.02) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ติดสารแอมเฟตามีน	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95 % CI of μ_d	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	7.12	1.67	0.21	-1.12 ถึง 0.69	0.641**
กลุ่มควบคุม	7.33	1.99			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	0.27	0.84	1.57	-2.13 ถึง -1.02	<0.001**
กลุ่มควบคุม	1.85	1.35			

สถิติที่ใช้ทดสอบ ** Independent t-test

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในมินิธัญญารักษ์ กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบชุมชนบำบัดตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมด้วย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงทั้งสองกลุ่ม อธิบายได้จากในมินิธัญญารักษ์มีการควบคุมพฤติกรรมภายใต้กฎระเบียบของมินิธัญญารักษ์ จึงช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมด้วย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบชุมชนบำบัดตามปกติ ซึ่งอธิบายได้จากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเน้นการปรับเปลี่ยนการนึกคิดที่เชื่อมโยงกับอารมณ์และพฤติกรรม[6] โดยพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่บิดเบือนไปจากความจริง ไม่สมเหตุสมผล ส่งผลให้การควบคุมอารมณ์ของตนเองบกพร่อง จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทางคำพูด การทำลายสิ่งของ การทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น การบำบัด

ความคิดและพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบได้ และปรับเปลี่ยนความคิดในมุมมองใหม่ที่เป็นไปได้อื่นๆ นำไปสู่การมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวได้[7] ซึ่งผลของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิพัฒน์ พันเลียว และคณะ[11] ที่ได้นำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

ภายในโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีการฝึกทักษะต่างๆที่เป็นประโยชน์ เช่น การสื่อสารทางบวกกับผู้อื่น ทักษะทางสังคม การใช้แหล่งช่วยเหลือทางสังคม และการสะท้อนทางเลือกในการควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองด้วยวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ และการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เข้าใจตนเองและยอมรับผู้อื่นได้ ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเอง สอดคล้องกับการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดความติดและพฤติกรรมระดับเมตา (Meta-analysis) พบว่า การดำเนินกิจกรรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมก้าวร้าว และยังสามารถลดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดลงได้[12,13] ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้เพิ่มเติมในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนในมินิธัญญารักษ์ เพื่อช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเสริมให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟ
ตามีนที่มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลอื่นๆ หรือศึกษาในผู้ป่วยติดสารเสพติดอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และควรติดตามผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในระยะยาวที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

2. ควรส่งเสริมแพทย์ พยาบาลกลุ่มงานจิตเวชและสารเสพติด และพยาบาลตึกผู้ป่วยใน ไปอบรมโปรแกรม
การบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้มากขึ้น เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน และหอผู้ป่วยอื่น ๆ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผศ.ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ ดร.สุกุมา แสงเดือนฉาย และอาจารย์พรพิมล พรมนัส ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลคำม่วงที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนผู้วิจัยตลอดการศึกษาวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

Reference

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ.2567. เข้าถึงจาก https://www.oncb.go.th/result-prevent
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติด รูปแบบ มินิธัญญารักษ์. เข้าถึงจาก https://online.anyflip.com/cbilx/deyi/mobile/index.html
3. Miczek K.A, Tidey J.W.(1987). Amphetamines: aggressive and social behavior. NIDA Res Monogr. 94(1): 68-100.

4. Tasa K, Bunthumporn N, Somprasert C.(2020). The effects of a cognitive-behavioral therapy program on the aggressive behaviors among delinquent adolescents in observation and protection centers. J Royal Thai Army Nurses. 21(3): 262-274. (in Thai)
5. Ritmontri S, Sawangjarean K.(2012). Violent behavior towards the family of amphetamines. J Psychiatric Nurse Mental Health. 34: 114-128. (in Thai)
6. Beck J.S.(2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
7. Hoogsteder L.M, Stams G.J.J.M, Figge M.A, Changoe K, van Horn J.E, Hendriks J, et al.(2015). A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented cognitive behavioral treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents. J Forensic Psychiatry Psychol. 26(1): 22–37
8. Beck R, Fernandez E.(1994). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. Cognit Ther Res. 22(1): 63–74
9. Yudofsky S.C, Silver J.M, Jackson W, Endicott J, Williams D.(1987). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. American Journal of Psychiatry. (143): 35-39.
10. Ratdotsadee T, Rujiwit M, Uthit P.(2015). The effect of bio-feedback with the imagination to the aggressive behavior of the drug substance amphetamine. J Psyhiatric Nurse Mental Health. 28: 92-114.
11. พิพัฒน์ พันเลียว, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, สารรัตน์ วุฒิอาภา.(2560). ผลของโปรแกรมบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน. วารสารพยาบาลทหารบก 18 : 207-214.
12. Yawirach S, Chaichana C, Tepamoon J, Raktanyakan P.(2018). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on attitude toward amphetamine among patients in Thanyarak Maehongson hospital's therapeutic Community. 43(3): 90-93. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรี

Effectiveness of a Health Literacy Program on Stroke Prevention Behavior in Hypertensive Patients, Nonthaburi Province.

(Received: April 13,2025 ; Revised: April 20,2025 ; Accepted: May 4,2025)

พัชร์ณิษา สรณ์เอี่ยม[1] วรางคณา จันทร์คง[2] , กิระพล กาละดี[2]
Patnisa Sorn-iam[1] , Warangkana Chankong[2] , Kiraphol Kaladee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาเพื่อ (1) เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และ (3) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ประสิทธิผลโปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Abstract

This research aimed to (1) compare the health literacy scores of hypertensive patients before and after joining the program, (2) compare the stroke prevention behavior scores of hypertensive patients before and after joining the program, and (3) compare the stroke prevention behavior scores of hypertensive patients between the experimental and control groups. This research used a quasi-experimental research method, comparing two sample groups before and after joining the program. The study included 60 hypertensive patients, divided into an experimental group and a control group, with 30 patients in each group. Data were collected using a health literacy questionnaire and a stroke prevention behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

The results of the study found that the average health literacy and stroke prevention behavior scores of hypertensive patients in the experimental group after joining the program were significantly different from those before joining the program and the control group at a statistical level of .05.

Keywords: program effectiveness, health literacy, stroke prevention behavior, hypertensive patients

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานของหน่วยงานได้สาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดรับการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านสุขภาพทั้งภายใน

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

และภายนอก มีเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ.2571-2575) ประเทศไทยจะมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นในทุกมิติ โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การเสริมสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพ และการส่งเสริมศักยภาพของบุคคลในด้านสุขภาพ เป้าหมายสำคัญของแผนพัฒนาในระยะนี้ คือ การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนผ่านการสร้างความเข้าใจในเรื่องสุขภาพตนเอง การป้องกันโรค และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนในทุกระดับ[1]

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจำนวนมาก รวมไปถึงความพิการ จากการสำรวจในปี 2565 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ก็ทำให้เกิดความพิการระยะยาว โดยจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยในปี 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละ ปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตที่ยังอยู่ในเกณฑ์สูง ตั้งแต่ปี 2561-2565 พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.6, 10.24, 10.35, 11 และ 10.92 ตามลำดับ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 4 มีอันดับอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดตั้งแต่ปี 2561-2565 ร้อยละ 16.2, 15.02, 15.36, 16.91, 16.05 ตามลำดับ[2] จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้จึงได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

จากการทบทวนสรรณกรรม โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากการที่หัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้น จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่ายจึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก และผนังหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นยังส่งผลให้ลิ่มเลือด และไขมันที่ไหลไปตามกระแสเลือดเกิดการเกาะตัวตามผนังหลอดเลือด เมื่อเกิดการสะสมขยายขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดสมองจึงตีบแคบ และมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง จึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบ[3] ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่ไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์และโรคอัมพาตจากโรคหลอดเลือดในสมองตีบและโรคหลอดเลือดในสมองแตกได้ [4] การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีความสามารถในการดูแลและจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของตนเองได้นั้น จะต้องอาศัยการได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้ได้รับการพัฒนาการรับรู และความสามารถของตนเองในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของโรค ความดันโลหิตสูง มีความรู ความเข้าใจ และมีการจัดการตนเองเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านความเสี่ยง จากโรค การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุราได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับปัจจุบันเป็นยุคที่มีเทคโนโลยีในการสื่อสารกันอย่างถั่วถึง ผู้ป่วยจึงได้รับข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้ข้อมูลเป็น มี

สุขภาวะที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้โดยมีการตัดสินใจที่ดีในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ[5]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพตนเองให้ดี [6] ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับความสนใจจากหลายประเทศทั่วโลกและในหลายประเทศ ได้นำไปใช้เป็นนโยบายในระบบสุขภาพ เนื่องจากเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของประชากรโลก[7] โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุถึงความสามารถและทักษะจำเป็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง (access) ทักษะการสร้างเข้าใจ (understand) และทักษะ การนำไปใช้ (apply) สำหรับการปฏิบัติตัวให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ดังที่ปรากฏในคำนิยาม ซึ่งการสังเคราะห์นิยามที่มีหน่วยงานและสถาบันที่เกี่ยวข้องเผยแพร่นั้น พบว่า มีคำสำคัญ (key words) จำแนกได้ 5 กลุ่ม โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระบุตรงกันว่าทักษะที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ในยุคปัจจุบัน ได้แก่ เข้าถึง (access) ประเมิน (evaluate) ความเข้าใจ (understand) ตัดสินใจ (make decision) และนำไปใช้ (apply) สำหรับกลุ่มประเทศยุโรป 8 ประเทศ ได้จัดทำกรอบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบุทักษะสำคัญ ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน/ตัดสินใจ และนำไปใช้ องค์ประกอบเหล่านี้ได้รับการยอมรับกัน ในกลุ่มประเทศยุโรปและเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งต่อมาแนวทางการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในประเทศไทยได้มีการเพิ่มทักษะที่จำเป็นอีกหนึ่งทักษะ คือ การไต่ถาม หรือการใช้คำถาม (questioning) หรือการโต้ตอบ/ซักถาม/แลกเปลี่ยน[8]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากพบรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองนั้น พบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี 2566 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 191.14 และร้อยละการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2563–2565 เท่ากับ 18.82, 21.55, และ 19.17 ตามลำดับ[9] ซึ่งหากพิจารณาจากรายงานร้อยละการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า จังหวัดนนทบุรีนั้น มีร้อยละการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในเกณฑ์ที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตยังต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อยละ 60 ซึ่งจังหวัดนนทบุรีได้พียงร้อยละ 26.46 28.12 และ 31.20 ตามลำดับ[10] โดยการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือน้อยกว่า140/90 มิลลิเมตรปรอท จะช่วยลดการเกิดโรคอัมพาตได้ร้อยละ 35 และความดันซิสโตลิกที่ลดลงเฉลี่ย 10 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดสมองลดลงร้อยละ 34 และความดันไดแอสโตลิกที่ลดลงเฉลี่ย 5 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 28[11] และจากการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนนทบุรี ปี 2567 พบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 42.63 โดยอำเภอไทรน้อยมีจำนวนสูงที่สุด คือร้อยละ 63.17[10] โดยโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรีนี้ได้ประยุกต์มาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (K-shape) ของกรมควบคุมโรค[12] มาเป็นกรอบการดำเนินการของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยมีหนึ่งองค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการไต่ถามที่แตกต่างจากโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ได้ทบทวนวรรณกรรม จึงนำมาปรับใช้ในการสร้างโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ช่วงวัยของผู้ป่วย ทักษะความสามารถพื้นฐานของผู้ป่วย

การบริการเชิงรุก เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ รวมถึงสนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม (two group pretest - posttest control group design)

2. ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลทวีวัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับการรักษาด้วยยา อยู่ในระยะเวลาการดำเนินโรค 1 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 1,214 คน [13] และกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนละ 30 คน เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ มิถุนายน 2567 – มกราคม 2568

3. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

3.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อายุ 35–70 ปี มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี ที่ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถใช้โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชัน Line ในการติดต่อสื่อสารได้

3.2 เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือ หายใจไม่สะดวก และเคยมีประวัติภาวะแทรกซ้อน ของโรคหลอดเลือดสมอง หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคเบาหวาน หรือที่เสี่ยงมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย ยกเว้นไขมันในเลือดสูง และผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาศึกษา หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมภายหลัง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการป่วยความดันโลหิตสูง สถานะพักอาศัย ประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติโรคไขมันในเลือดสูงร่วม และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ประเทศไทย (K-shape) ของกรมควบคุมโรค และพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 25 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

5.1 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการป่วยความดันโลหิต สถานะพักอาศัย ประวัติ ในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติโรคไขมันในเลือดสูงร่วม และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติที (Paired t-test)

5.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

6. จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ด้วยเลขที่โครงการวิจัยรหัส 100167020 เลขที่ 20/2567 วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน คือ 61.3 ปี และ 61.2 ปี (S.D. = 7.02, 7.52) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 61–70 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.6 สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในสถานสมรส ร้อยละ 63.3 ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 อาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 รายได้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท กับมีรายได้ 5,001 ถึง 15,000 บาท อย่างละ ร้อยละ 40 สถานภาพครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่กันเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 28.3 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ที่ 6-10 ปี ร้อยละ 36.7 ปี การมีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.3 การมีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.7 และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงได้ 1 ช่องทาง คิดเป็นร้อยละ 58.4 โดยจำนวนช่องทางที่มีการเข้าถึงมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 64.4

2. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังทดลองเพิ่มมากขึ้น จากระดับความรอบรู้ก่อนการทดลองอยู่ที่ระดับมีปัญหา หลังทดลองระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับเพียงพอ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีระดับความรอบรู้อยู่ที่มีปัญหาทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง และในกลุ่มทดลองผู้ที่มีคะแนนความ

รอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ ต่ำกว่าร้อยละ 75 คะแนน มีจำนวน 6 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม

3. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 57.60 (S.D.=11.32) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 80.51 (S.D.=6.25) และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=14.86, p=<.001)

ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 55.16 (S.D.=14.37) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 56.11 (S.D.=14.15) และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าไม่แตกต่างกัน (t=0.31, p=0.759)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 73.97 (S.D. = 5.417) หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 86.47 (S.D. = 3.411) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 11.059, p = <.001)

ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองเท่ากับ 72.30 (S.D. = 7.038) หลังการทดลองเท่ากับ 71.50 (S.D. = 6.329) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าไม่แตกต่างกัน (t = 1.547, p = 0.133)

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 73.97 (S.D.=5.417) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.30 (S.D.= 7.038) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน (t=1.188, p= .240)

ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 86.47 (S.D.=3.411) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 71.50 (S.D.=6.329) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=11.402, p= .000)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาวิจัย

ในครั้งนี้พบประเด็นสำคัญ นำมาสู่การอภิปรายผลดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมความ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มควบคุมนั้น มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (K-shape) ของกรมควบคุมโรค[12] มาใช้ในการจัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มมากขึ้นจากระดับไม่เพียงพอเป็นระดับเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์ และอุษณีษ์ รามฤทธิ์[14] ศึกษาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นการวิจัยและการพัฒนาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตอบถูกร้อยละ 90 ขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอลาเดย์ และคณะ [15] ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ นำเสนอวิดีทัศน์และประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับคำแนะนำที่ได้รับ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำและระดับสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มควบคุมนั้น มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (K-shape) ของกรมควบคุมโรค[12] มาใช้ในการจัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมใน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ทองเพชร และชนาภา สมใจ [16] ที่กล่าวว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งนภา อาระหัง และคณะ[17] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครปฐมที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อรูปแบบต่าง ๆ และแอพพลิเคชั่นไลน์ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

โดยในโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการส่งเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีการติดตามทาง

แอพพลิเคชั่นไลน์เช่นเดียวกัน โดยในสัปดาห์ที่ 1 ได้มีส่งเสริมทักษะทั้ง 5 ด้าน คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ กลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการหาช่องทางความรู้จากแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง และจากนั้นมีการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตาม คู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งได้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพนั้น เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจในข้อมูลที่ถูกต้อง และเพิ่มความความรู้และความเข้าใจได้มากขึ้นโดยการไต่ถามและสื่อสารข้อสุขภาพทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการมีข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง จะช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นหลังจากนั้นผู้ป่วยมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการฝึกการคิดวิเคราะห์ ประเมินผลกระทบของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม และหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น และสุดท้ายเป็นการฝึกทักษะการประยุกต์ใช้ ในการนำข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือที่ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจกับข้อมูลนั้นอย่างถูกต้องและสามารถวิเคราะห์และหาแนวทางปฏิบัติ ในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

หลังจากฝึกทักษะทั้ง 5 ด้าน นั้นกลุ่มทดลองนำข้อมูลเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ข้อมูลในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับตนเองและต่อเนื่อง โดยมีการติดตามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และมีการควบคุมพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลาอีกรวมเป็น 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทักษะการประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 เป็นการกระตุ้นและติดตามทางโทรศัพท์หรือไลน์แอพพลิเคชั่น สัปดาห์ที่ 3 และ 5 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งการติดตามทางไลน์แอพพลิเคชั่นนั้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดกล้าสอบถาม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง[18] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ แฮนและคณะ[19] ที่ศึกษาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับชาวลาตินที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศสหรัฐอเมริกา โปรแกรมมีกิจกรรมการฝึกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ การอบรมให้ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพร่วมกันกับการศึกษาความรู้เรื่องโรคในการจัดการวัดความดันโลหิตที่บ้าน และการติดตามด้วยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการส่งข้อความกระตุ้น พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับงานวิจัยของกานต์ณิพิชญ์ ปัญญธนชัยกุล[20] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง มีการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้านทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับวิจัยของพรธิรา บุญฉวี[21] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพมีการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ได้รับการให้สุขศึกษารายบุคคล ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าเนื่องจากการพยาบาลตามปกติผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและคัดกรองความดันโลหิตสูง มีการรับยาต่อเนื่องตามนัด และมีการนัดหมายในครั้งต่อไป ซึ่งระยะเวลาที่

จำกัดในการให้ การพยาบาลแต่ละรายนั้นทำให้การให้ความรู้และสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอาจไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วย หรือข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ อีกทั้ง การตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับจากผู้ป่วยบางครั้งอาจใช้เวลาไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

ซึ่งโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (K-shape)[12] มาใช้กับกลุ่มทดลอง และได้มีการฝึกทักษะทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูล การไต่ถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง กล่าวคือ การนำข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือที่ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจกับข้อมูลนั้นอย่างถูกต้อง มากำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเดิม ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองเบื้องต้นได้ จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับวริษา กันบัวลา และคณะ[22] ได้กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ รวมถึงระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับจินตนา ทองเพชร และชนาภา สมใจ[16] ภายหลังทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง ดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ทักษะการไต่ถามยังเป็นส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ดีมากขึ้นโดยวัดจากการตั้งคำถามและการตอบกลับของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความตระหนัก และเหตุผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น และสามารถเข้าใจและเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และโปรแกรมนี้ยังให้ผู้ป่วย ทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพ สมุดจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทบทวนความรู้เพื่อสนับสนุนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้น

และกล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและการดูแลตนเองที่ดีกว่า มีผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความเสี่ยงโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราดีขึ้นและต่อเนื่อง ส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ในพื้นที่อื่น และปรับรูปแบบกิจกรรมตามบริบทหรือสิ่งแวดล้อม

1.2 โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมตามช่วงวัย และทักษะการเรียนรู้พื้นฐาน

1.3 ก่อนการนำรูปแบบโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ ควร

มีการอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้เกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยหรือประชาชน และเกิดแนวการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนาการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะยาวรวมถึงพัฒนาโปรแกรมแอพพลิเคชั่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น ควรติดตามผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.(2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). รายงานประจำปี NCD 2565. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2554). Recurrent ischemic stroke in Srinagarind Hospital. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 6(3):31–8.
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์; 2562.
5. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง.(2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอดี ออลดิจิตอล พริ้นท์.
6. World Health Organization.(1988). Health promotion glossary. Geneva: Division of Health Promotion, Education and Communications.
7. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al.(2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 12:80.
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง.(2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิสชิ่ง.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.(2023). จำนวนอัตราป่วยตาย ปี 2551-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
10. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9
11. หัสยาพร มะโน.(2552). การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์.
13. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b9e64c4e6c92d4b1ec16a599d8

14. กัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์, อุษนีย์ รามฤทธิ์.(2566). การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1):143–52.
15. Halladay JR, Donahue KE, Cene CW, Quefeng L, Cummings DM, Hinderliter AL, et al.(2016). The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The Heart Healthy Lenoir Trial. Patient Educ Couns. 2016;100:542–9. doi:10.1016/j.pec.2016.10.015
16. จินตนา ทองเพชร, ชนาภา สมใจ.(2565). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 33(2):130–46.
17. รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, ศศิธร รุจนเวช.(2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์นาวี. 45:253.
18. อังศินันท์ อินทรกำแหง.(2560). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย [รายงานวิจัย]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
19. Han HR, Delva S, Greeno RV, Negoita S, Cajita M, Will W.(2018). A Health Literacy-Focused Intervention for Latinos with Hypertension. Health Lit Res Pract. 2(1):21–5.
20. กานต์ณิพิชญ์ ปัญญธนชัย.(2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 21(1):41–54.
21. พรธิรา บุญฉวี.(2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
22. วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุย, อาภรณ์ ดีนาน.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 29(3):1–14.

การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด คลินิกโรคหอบหืดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุไหงปาดี

Development of a Patient Care Program Model for Asthma Patients at the Asthma Clinic, Outpatient Department, Su-ngai Padi Hospital.

(Received: April 14,2025 ; Revised: May 4,2025 ; Accepted: May 5,2025)

มลวิภา จำปาทอง[1]มนัสวี พิพัฒนวานิช[1]ตายูดิง ดอเลาะห์[1]
Molwipa Champathong[1]Manatsawi Pipatwanit[1]Tayuding Doloh[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุไหงปาดี 2) พัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดแบบ One Stop Service และ 3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อระดับความรู้ ความสามารถในการควบคุมอาการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย การวิจัยนี้ดำเนินการใน 3 ระยะ ประกอบด้วย การศึกษาสภาพปัญหา การพัฒนาโปรแกรม และการประเมินผล โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 37 ราย ใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหืดในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2565 ของสมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทยเป็นกรอบในการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบสอบถามการควบคุมอาการ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความพึงพอใจ หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test วิเคราะห์ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3) สถิติ McNemar's Test วิเคราะห์ ระดับความรุนแรงและการควบคุมโรคหอบหืดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่าหลังดำเนินโปรแกรม ผู้ป่วยมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อัตราการควบคุมอาการหอบหืดเพิ่มจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 64.86 และความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.45$, $SD = 0.22$) โปรแกรมนี้จึงสามารถใช้เป็นต้นแบบการพัฒนาในโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การควบคุมอาการหอบหืด, ทีมสหวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน, โปรแกรมการดูแล, One Stop Service

Abstract

This study was a quasi-experimental research. The objectives were to 1) examine the problems and current approaches in asthma care at the asthma clinic of Su-ngai Padi Hospital; 2) develop a One Stop Service-based care program model for asthma patients; and 3) evaluate the effectiveness of the developed program in improving patients' knowledge, asthma control ability, and satisfaction. The research was conducted in three phases: problem assessment, program development, and program evaluation. The sample consisted of 37 asthma patients. The framework for program implementation was based on the 2022 Thai Guideline for Adult Asthma Management developed by the Asthma Council of Thailand. The research instruments included a general information questionnaire, an asthma knowledge assessment, an asthma control questionnaire, and a satisfaction questionnaire-all of which were validated for quality and content validity. Data analysis was performed using the following statistical methods : 1) Descriptive statistics were used to analyze general data and satisfaction data, including frequency, percentage, mean, and standard deviation; 2) Wilcoxon Signed-Rank Test was used to compare knowledge levels before and after participation in the program ; and 3) McNemar's Test was used to analyze the changes in asthma severity and disease control before and after the program.

The findings indicated that, following the implementation of the program, patients demonstrated a statistically significant improvement in knowledge ($p < 0.001$). The asthma control rate increased from 0% to

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

64.86%, and the overall satisfaction with the program was high (M = 4.45, SD = 0.22). This program shows strong potential to be adapted as a model for asthma care in other community hospitals.

Keywords: Asthma control, Multidisciplinary team, Community hospital, Care program, One Stop Service

บทนำ

โรคหอบหืด (Asthma) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาระต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลกและในประเทศไทย โดยมีลักษณะอาการของโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ และสามารถกำเริบเฉียบพลันได้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การควบคุมอาการของโรคหอบหืดอย่างเหมาะสมจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ จากข้อมูลของคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดนใต้ พบว่าในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 อัตราการควบคุมอาการหอบหืดของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ คือ ร้อยละ 17.32 และ 15.48 ตามลำดับ[4] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้ยังพบว่าระบบบริการยังไม่มีความเป็นระบบเดียวกันการดูแลผู้ป่วยยังขาดแนวทางที่เป็นมาตรฐาน และมีข้อจำกัดด้านการ บูรณาการของทีมสหวิชาชีพ

นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องอาศัยแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร สภาพสังคม และวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น การนำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหืดในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2565 ของสมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทยมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแล

จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและสามารถปรับใช้ได้จริง [1] หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติ [1,5] การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องอิงตามหลักการของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) และการจัดการ โรคเรื้อรัง (Chronic Disease Management) โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการ ลดการกำเริบ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่ แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ (Health Program Development) ที่ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบโปรแกรม การดำเนินงาน และการประเมินผล นอกจากนี้ยังใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหืดในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2565 โดยสมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัย แบ่งระดับความรุนแรงของโรค แนวทางการใช้ยา และการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างมีระบบ

แนวทางการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้เน้นการบูรณาการบริการในลักษณะ One Stop Service โดยทีม สหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดที่ทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องในการให้การดูแล ส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วย และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุไหงปาดี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดแบบ One Stop Service ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อระดับความรู้ ความสามารถในการควบคุมอาการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่ง ทดลอง (Quasi - experimental Research and Development) ทำการการศึกษาช่วงเดือนมกราคม 2567- กันยายน 2567 ใช้เวลา 9 เดือน โดยใช้แนวทางของ Borg & Gall และแนวทางการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ ประกอบด้วย

ระยะแรกเป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น การออกแบบโปรแกรม และการประเมินผลแบบ ก่อน–หลัง (Pretest–Posttest Design) แบบกลุ่มเดียว (One group) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ทีมบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยโรคหอบหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาล สุไหงปาดี ระยะนี้ใช้เวลา 1 เดือน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหืดในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2565 ของสมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย ร่วมกับการปรับใช้แนวคิดการดูแลแบบ One Stop Service และหลักการดูแลแบบองค์รวม ระยะนี้ใช้เวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด การควบคุมอาการ และความพึงพอใจโดยใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน มีการติดตามความต่อเนื่องหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุไหงปาดี ในปีงบประมาณ 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 37 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคหอบหืด และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหอบหืด
2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด
3. แบบประเมินความรุนแรงและการควบคุมอาการโรคหอบหืด
4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการดูแล

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินความรู้จะถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test
3. การเปรียบเทียบระดับการควบคุมอาการโรคหอบหืดก่อนและหลัง ใช้สถิติ McNemar's
4. การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการดูแลโรคหอบหืด วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย การศึกษาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด คลินิกโรคหอบหืด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุไหงปาดีได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 37 ราย พบว่าเพศหญิงมีจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 67.57) และเพศชาย 12 ราย (ร้อยละ 32.43) ค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยคือ 53.89 ปี ค่าต่ำสุด 18 ปี ค่าสูงสุด 95 ปี SD = 15.41 ในด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยที่มีคู่ครอง (สมรส) มีจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 62.16) เป็นหม้าย 13 ราย (ร้อยละ 35.14) และโสด 1 ราย (ร้อยละ 2.70) ด้านการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยมีการแจกแจงดังนี้: ประถมศึกษา 16 ราย (ร้อยละ 43.24) มัธยมศึกษา 10 ราย (ร้อยละ 27.03) ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา 3 ราย (ร้อยละ

8.11) ปริญญาตรี 5 ราย (ร้อยละ 13.51) และ อื่น ๆ 3 ราย (ร้อยละ 8.11) ในด้านอาชีพ พบว่าผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 16 ราย (ร้อยละ 43.24) เกษตรกร 9 ราย (ร้อยละ 24.32) ค้าขาย 4 ราย (ร้อยละ 10.81) รัฐวิสาหกิจ 1 ราย (ร้อยละ 2.70) รับราชการ 5 ราย (ร้อยละ 13.51) และอื่น ๆ 2 ราย (ร้อยละ 5.41) ศาสนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม 33 ราย (ร้อยละ 89.19) และศาสนาพุทธ 4 ราย (ร้อยละ 10.81) โรคร่วม พบว่าผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 43.24) และมีโรคร่วม 21 ราย (ร้อยละ 56.76)การเลี้ยงสัตว์ พบว่าผู้ป่วยไม่มีสัตว์เลี้ยง 21 ราย (ร้อยละ 56.76) และมีสัตว์เลี้ยง 16 ราย (ร้อยละ 43.24) โดยประเภทสัตว์ที่พบ ได้แก่ แมว สุนัข และสัตว์เลี้ยงอื่น ๆ

ผลการควบคุมโรค ก่อนการดำเนินโปรแกรม ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ 37 ราย (ร้อยละ 100.00) หลังดำเนินโปรแกรม ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ 24 ราย (ร้อยละ 64.86) และไม่สามารถควบคุมโรคได้ 13 ราย (ร้อยละ 35.14) โดยผลการทดสอบ McNemar's test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระดับความรุนแรงของอาการ ก่อนดำเนินโปรแกรม พบว่าอาการไม่บ่อย 10 ราย (ร้อยละ 27.03), รุนแรงน้อย 17 ราย (ร้อยละ 45.95), รุนแรงปานกลาง 3 ราย (ร้อยละ 8.11), และรุนแรงมาก 7 ราย (ร้อยละ 18.92) หลังดำเนินโปรแกรม พบว่าอาการไม่บ่อย 19 ราย (ร้อยละ 51.35), รุนแรงน้อย 15 ราย (ร้อยละ 40.54), รุนแรงปานกลาง 2 ราย (ร้อยละ 5.41), และรุนแรงมาก 1 ราย (ร้อยละ 2.70) การเปลี่ยนแปลงในระดับอาการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$; McNemar's test)

ผลการประเมินความรู้ คะแนนเฉลี่ยก่อนการดำเนินโปรแกรมเท่ากับ 6.59 คะแนน (ร้อยละ 43.96), SD = 2.73 คะแนนเฉลี่ยหลังการดำเนินโปรแกรมเท่ากับ 13.70 คะแนน (ร้อยละ 91.35), SD = 1.72 ผลการทดสอบ paired t-test พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.69$, $p < 0.001$)

ผลการประเมินความพึงพอใจ ความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 89.05 **ด้านที่ 1** การให้บริการของเจ้าหน้าที่ร้อยละ 93.62 **ด้านที่ 2** กระบวนการให้บริการร้อยละ 88.65 **ด้านที่ 3** สิ่งแวดล้อมและความสะดวกสบาย ร้อยละ 89.08 **ด้านที่ 4** ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 84.86

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่าการดำเนินโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดส่งผลในทางบวกต่อหลายมิติ ทั้งด้านการควบคุมโรค ความรุนแรงของอาการ ความรู้ และความ พึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลจริงในการประเมินผลความเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังโปรแกรม

ผลการควบคุมโรค พบว่าก่อนเริ่มโปรแกรม ผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถควบคุมโรคได้เลย แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ถึงร้อยละ 64.86 ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่น่าพึงพอใจและชัดเจน ผลที่ออกมาแบบนี้ทำให้รู้สึกมั่นใจว่าการให้ความรู้และติดตามอย่างเป็นระบบสามารถส่งผลจริงต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ และข้อมูลเชิงสถิติก็ยืนยันว่าผลต่างนั้นมีนัยสำคัญจริง ($p < 0.001$) สอดคล้องกับวรรณภา ทองดี[3]

ระดับความรุนแรงของอาการ ก็มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการไม่บ่อยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.03 เป็น 51.35 ขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.70 เท่านั้น ซึ่งนับเป็นสัญญาณที่ดีว่าการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองมีผลต่อการลดระดับความรุนแรงของโรคอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับศิริพร สุขสมัย[6]

ผลการประเมินความรู้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มจาก 6.59 เป็น 13.70 และ SD ลดลง แสดงถึงความสม่ำเสมอในการรับรู้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วย หลังโปรแกรม ความรู้เฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 91.35 ซึ่ง

สะท้อนว่าเนื้อหาและวิธีการถ่ายทอดนั้นเหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จริงสอดคล้องกับอุษณีย์ ปราบภัย[2]

ผลการประเมินความพึงพอใจ แม้จะไม่ได้เป็นตัวชี้วัดทางคลินิกโดยตรง แต่ข้อมูลจากผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 89.05 โดยเฉพาะในด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 93.62) บ่งบอกถึงคุณภาพของระบบบริการและความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับสมเกียรติ รุ่งเรืองสุข[7]

ในภาพรวม ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไม่เพียงแต่สะท้อนความสำเร็จของการดำเนินโปรแกรม แต่ยังช่วยให้เห็นว่าการออกแบบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในชีวิตจริงของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการดำเนินโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดนี้ไปยังสถานบริการปฐมภูมิอื่นในระดับชุมชน โดยปรับบริบทให้เหมาะสมกับประชากรแต่ละพื้นที่

2.เสริมสร้างบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความสามารถในการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดแบบต่อเนื่อง

3. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการควบคุมโรค

4.แนะนำให้ศึกษาผลกระทบของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย เพื่อวางแผนดูแลแบบองค์รวมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส สำหรับการสนับสนุนด้านข้อมูลและสถานที่ในการดำเนินการศึกษา ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหอบหืดทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมสภาองค์กรโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคหืดในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมฯ.
2. อุษณีย์ ปราบภัย.(2565). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 16(2):45–56.
3. วรรณภา ทองดี.(2564). การจัดการโรคหอบหืดในคลินิกโรคเรื้อรังแบบองค์รวม. วารสารการพยาบาลชุมชน. 29(3):22–31.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส.(2567). รายงานผลการดำเนินงานคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุไหงปาดี ปีงบประมาณ 2566–2567. นราธิวาส: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส.
5. Polit DF, Beck CT.(2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
6. ศิริพร สุขสมัย.(2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการควบคุมโรคหอบหืดในผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 37(1):45–56.
7. สมเกียรติ รุ่งเรืองสุข.(2563). การประเมินผลโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหอบหืดในคลินิกพิเศษ. วารสารสุขภาพชุมชน. 26(2):221–33.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ผลประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567

An Evaluation of Standard and Risk Factors Associated with Non-Special Performance of District-Surveillance and Rapid Response Teams in Health Region 10th , 2023–2024

(Received: April 18,2025 ; Revised: May 11,2025 ; Accepted: May 13,2025)

ชัยนันต์ บุตรกาล[1]
Chainan Bootkan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ(D-SRRT) ตั้งแต่ปี 2566-2567 โดยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในประชากรทีม D-SRRT ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทั้งหมด 70 ทีม กลุ่มตัวอย่างคือทีม D-SRRT ได้คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 61 ทีม สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Crude Odds Ratio (OR_{crude}) Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (P-value≤0.05)

ผลการศึกษา มี D-SRRT บางทีมพบมีผลงานการสอบสวนโรคไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี และพบปัจจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี และพบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สมาชิกทีม (OR_{adj}=5.79; 95%CI=1.07-31.27) และทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (OR_{adj}=7.54; 95%CI=1.65-34.47) มีความสัมพันธ์กับการไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญ (P-value≤0.05) โดยสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี 7.54 และ 5.79 เท่า ตามลำดับ ดังนั้นความสำคัญ ควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงาน(SOP) คู่มือ และรูปแบบที่เหมาะสมต่อการยกกระดับการดำเนินงานของทีม D-SRRT ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดี

คำสำคัญ: ผลประเมินมาตรฐาน, ปัจจัยเสี่ยง, ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

Abstract

This study aimed to examine the evaluation results of the indicators based on standard criteria and examine risk factors associated with non-Special performance among District-Surveillance and Rapid Response Teams (D-SRRT) during 2023–2024. The study employed a survey research by cross-sectional analytical. The study population consisted of all 70 D-SRRTs in Health Region 10th, The sample consisted of 61 D-SRRT teams selected based on the specified criteria. Data analysis included both descriptive and inferential statistics. Inferential analysis utilized Crude Odds Ratio (ORcrude) and Adjusted Odds Ratio (ORadj) with 95% confidence intervals (95% CI), and statistical significance was set at P-value ≤ 0.05.

Results Some D-SRRTs did non-special performance standard for disease investigation and Controls. The transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) to the Provincial Administrative Organization showed no significant association with non-Special performance. However, two significant risk factors were identified: Members of Team (ORadj = 5.79; 95% CI = 1.07–31.27) and previous certification at the basic-level standard (ORadj = 7.54; 95% CI = 1.65–34.47). Both factors were significantly associated with not achieving the good-level standard (P-value ≤ 0.05), predicting a 5.79-fold and 7.54-fold increased risk, respectively. Conclusion It is recommended to develop Standard Operating Procedures (SOPs), guidelines, and appropriate models to improve the performance of D-SRRTs in achieving Special-level standard certification.

Keywords: Performance evaluation, Risk factors, District Surveillance and Rapid Response Teams (D-SRRT)

[1] สม. (การจัดการระบบสุขภาพ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ทั่วโลกได้ประสบปัญหาการระบาดใหญ่ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ไปทั่วโลกมาจนถึงปัจจุบัน เช่น ในปี 2552 เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H1N1 pandemic2009 พบการระบาดมากกว่า 213 ประเทศ และมีผู้ป่วยรวมผู้เสียชีวิตที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 17,483 ราย[1] อีก 10 ปีต่อมาในปี 2562 เกิดการระบาดใหญ่อีกระลอกด้วยโรคโควิด-19 พบการระบาด 240 ประเทศ และมีผู้ป่วยสะสมมากถึง 777,684,506 ราย เพิ่มขึ้น 9,200 ต่อสัปดาห์ เสียชีวิตสะสมถึง 7,092,720 ราย เพิ่มขึ้น 380 รายต่อสัปดาห์[2] ในส่วนภูมิภาคประเทศในกลุ่มอาเซียน มีโรคประจำถิ่นในเขตร้อนที่สำคัญคือโรคติดต่อนำโดยยุงลายเป็นปัญหาส่งผลมาจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ ความชุกการติดเชื้อเชื้อไวรัสเดงกีในยุงลายบ้านร้อยละ 4.59 และยุงลายสวนร้อยละ 4.78 ความชุกการติดเชื้อไวรัสซิก้าในยุงลายบ้าน ร้อยละ 1.81และ ในยุงลายสวนร้อยละ 1.84 อีกทั้ง ความชุกการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาในยุงลายบ้าน ร้อยละ 0.75 ในยุงลายสวน ร้อยละ 0.48[3] นอกจากนี้ในปีพ.ศ.2565 วัณโรคดื้อยาไรแฟมพิซิน (RR) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ยังคงเป็นอีกปัญหาที่สำคัญในภูมิภาคอาเซียนแห่งนี้ พบรายงานผู้ป่วยยืนยันทางห้องปฏิบัติการแล้ว 82,000 ราย[4]

สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบโรคติดต่อที่เกิดการระบาดและเป็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคโควิด-19 ในปี 2563 เคยเป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งรัฐบาลได้กำหนดมาตรการ Lockdown เพื่อควบคุมการระบาด ต่อมาในเดือน ตุลาคม 2565 รัฐบาลผ่อนคลายมาตรการกำหนดให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังล่าสุดในปี 2567 พบอัตราป่วยสูงสุดเป็นลำดับ 1 ที่ 1,180.47 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2564 พบที่ 32.56 ต่อแสนประชากร โรคไข้หวัดใหญ่ ในปี 2567 มีอัตราป่วยสูงเป็นลำดับ 2 ที่ 1,020.10 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 190.64 ต่อแสนประชากร โรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ปี 2567 มีอัตราป่วยเป็นลำดับ 3 ที่ 639.37 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 299.08 ต่อแสนประชากร อาหารเป็นพิษ มีอัตราป่วยเป็นลำดับ 4 ที่ 200.66 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 136.79 ต่อแสนประชากร และโรคไข้เลือดออก อัตราป่วยเป็นลำดับ 5 ที่ 162.72 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 111.15 ต่อแสนประชากร ในส่วนปัญหาเสียชีวิตจากโรคติดต่อ 2 ลำดับแรก ได้แก่ โรคปอดบวม ในปี 2567 อัตราป่วยตายสูงสุดเป็นลำดับ 1 ที่ ร้อยละ 0.19 สูงกว่าปี 2563 ที่ร้อยละ 0.08 โรคไข้เลือดออก ในปี 2567 อัตราป่วยตายเป็นลำดับ 2 ที่ร้อยละ 0.08 สูงกว่าปี 2563 ที่ร้อยละ 0.07 เมื่อพิจารณาในระดับเขตสุขภาพที่ 10 พบโรคติดต่อที่เกิดการระบาดสอดคล้องและส่วนมากเป็นปัญหาต่ำกว่าภาพรวมประเทศ ซึ่งพบอัตราป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1 โรคไข้หวัดใหญ่ ในปี 2567 มีอัตราป่วยที่ 1,180.47 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 187.35 ต่อแสนประชากร ลำดับ 2 โรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ในปี 2567 มีอัตราป่วยที่ 845.65 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 583.21 ต่อแสนประชากร ลำดับ 3 โรคโควิด-19 ปี 2567 มีอัตราป่วยที่ 504.01 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2564 พบที่ 32.14 ต่อแสนประชากร ลำดับ 4 อาหารเป็นพิษ มีอัตราป่วยที่ 382.48 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี 2563 พบที่ 298.93 ต่อแสนประชากร และลำดับ 5 โรคไข้เลือดออก อัตราป่วยที่ 134.94 ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี2563 พบที่ 97.01 ต่อแสนประชากร ในส่วนปัญหาเสียชีวิตจากโรคติดต่อ 2 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1 โรคไข้เลือดออก ปี 2567 อัตราป่วยตายสูงสุด ที่ ร้อยละ 0.07 สูงกว่าปี 2563 ที่ร้อยละ 0.02 ลำดับ 2 โรคปอดบวม ปี 2567 อัตราป่วยตาย ที่ร้อยละ 0.05 สูงกว่าปี 2563 ที่ร้อยละ 0.02[5]

จากปัญหาโรคติดต่อสำคัญดังกล่าวที่เกิดการเจ็บป่วยจำนวนมากและเสียชีวิตส่งผลต่อกระทบต่องบประมาณด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับ ที่มาดูแลรักษา และป้องกันควบคุมโรคในการปกป้องสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี ซึ่งรัฐบาลเห็น

ความสำคัญจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านระบาดวิทยาให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ (D-SRRT) มีความพร้อมและมีสมรรถนะปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค[6] โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการพัฒนามาตรฐาน D-SRRT ครอบคลุมทุกอำเภอในประเทศไทย จำนวน 946 ทีม ให้มีบทบาทภารกิจจัดการปัญหาโรคติดต่อและโรคระบาดในพื้นที่อำเภอ ดังนี้ การเฝ้าระวังโรคติดต่อด้วย Passive case base และ Event base การตรวจจับภาวะฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันเวลา การควบคุมโรคขั้นต้น (Containment) ทันที และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรคและร่วมมือกันเป็นเครือข่าย ทั้งภายในและด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นข้อตกลงที่ประเทศไทยต้องปฏิบัติตามข้อตกลงตามพันธะสัญญากฎอนามัยระหว่างประเทศ ระดับอำเภอมีทีม D-SRRT ต้องมีสมรรถนะ Prevent Detect Respond ใน 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ความเป็นทีม 3 ตัวชี้วัด (จัดตั้งทีม ศักยภาพวิชาการ ศักยภาพการบริหารจัดการทีม) หมวดที่ 2 มีความพร้อม 2 ตัวชี้วัด (ความพร้อมทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ทีมมีการฝึกซ้อนแผน) หมวด 3 มีความสามารถปฏิบัติงาน 2 ตัวชี้วัด (การเฝ้าระวังโรค การสอบสวนควบคุมโรค) หมวด 4 มีผลงาน 4 ตัวชี้วัด (ผลงานสอบสวนครบถ้วน ผลงานคุณภาพสอบสวนโรค ผลงานสอบสวนโรครวดเร็ว เขียนรายงานสอบสวนโรคคุณภาพ) การผ่านมาตรฐานมี 2 ระดับ (พื้นฐาน ดี)[7]

ในส่วนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี(สคร.10 อบ.) ได้สนับสนุนขับเคลื่อนมาตรฐาน D-SRRT ครอบคลุมอำเภอเป้าหมาย 70 ทีม ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ตั้งแต่ปีพ.ศ.2559-2561 ได้รับรองมาตรฐานอำเภอ ผ่านมาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ 45.90 และ ผ่านมาตรฐานระดับดี ร้อยละ 54.10 ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 ด้วยสถานการณ์โควิด-19 ระบาดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วประเทศ ส่งผลให้ทุกอำเภอเป้าหมายหมดอายุรับรอง ต่อมาเมื่อเดือนตุลาคม 2565 โรคโควิด-19 ลดระดับเป็นโรคเฝ้าระวัง ลดระดับในภาวะปกติ จึงได้เริ่มดำเนินงานสนับสนุนขับเคลื่อนมาตรฐาน D-SRRT ที่ขาดการติดตามประเมินมาตรฐานที่มัธยฐาน 4 ปี(2 – 5 ปี) จึงได้วางแผนและประเมินรับรองมาตรฐานในระหว่างปี 2566-2567 แต่ยังไม่มีการศึกษาผลการประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพียงระดับพื้นฐานที่เป็นข้อจำกัดในการยกระดับมาตรฐานสู่ระดับดี ที่มีความจำเพาะมากขึ้นในเขตสุขภาพที่ 10 ดังนั้นจึงสนใจว่าผลการประเมินมาตรฐานในบริบทที่เปลี่ยนไปหลังการระบาดโรค โควิด-19 และปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานผ่านมาตรฐานเพียงระดับพื้นฐานของทีม D-SRRT เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.เพื่อศึกษาผลการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ (D-SRRT) ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567

2.เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical Study)ตั้งแต่ปี 2566-2567 ระยะเวลาที่ศึกษา 2 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีม D-SRRT จำนวน 1 ทีมต่อหนึ่งอำเภอ ในพื้นที่ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 ทั้งหมด 70 ทีม ซึ่งเป็นเป้าหมายของการสนับสนุนความเข้มแข็งและประเมินรับรองมาตรฐาน SRRT ของ สคร.10 อบ.

กลุ่มตัวอย่าง ทีม D-SRRT 1 ทีมต่อหนึ่งอำเภอ ในพื้นที่ 5 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 61 ทีม ด้วยการคัดเลือกทีม D-SRRT ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) กำหนดการคัดเข้ามาใช้ศึกษา ได้แก่ 1) หัวหน้าทีม D-SRRT เห็นชอบและกำหนดทิศทางพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน SRRT 2) ทีม D-SRRT ที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี กรมควบคุมโรค ในปี 2566-2567 ดังนี้ ผ่านมาตรฐานระดับพื้นฐาน คือ ทีม D-SRRT ผ่านเกณฑ์ 11 ตัวชี้วัดในระดับ Basic ทุกตัว ผ่านมาตรฐานระดับดี คือ ทีม D-SRRT ผ่านเกณฑ์ 11 ตัวชี้วัดในระดับ Basic ทุกตัว และSpecial ทุกตัว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กำหนดการคัดออกไม่นำมาใช้ศึกษา ได้แก่ 1) หัวหน้าทีม D-SRRT อยู่ระหว่างการพิจารณาวางแผนพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน SRRT
2) ทีม D-SRRT อยู่ระหว่างวางแผนเตรียมการ ไม่พร้อมรับการประเมินในระหว่างปี 2566-2567

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชานี เก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยแบบฟอร์มประเมิน ทีมD-SRRTระดับอำเภอ จากมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563 ของกองระบาดวิทยา[7]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทำหนังสือถึงผู้บริหารหน่วยงานขออนุญาตลงพื้นที่ประเมินมาตรฐานทีม D-SRRT ของกลุ่มตัวอย่าง ตามโครงการที่ได้รับผิดชอบ ในพื้นที่เป้าหมาย 5 จังหวัดเขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างปี 2566 - 2567

2) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลประเมินมาตรฐานทีม D-SRRT และทำทะเบียนสำหรับเรียบเรียงข้อมูล

3) ดำเนินการจัดเก็บเรียบเรียงตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ เกณฑ์มาตรฐาน SRRT ผลการประเมินมาตรฐาน สมาชิกทีม พื้นที่ชายแดน เครือข่ายรพ.สต. รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัดอบจ. และทีมเคยประเมินผ่านมาตรฐาน

4) ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากรวบรวมเรียบเรียงข้อมูล นำเข้าข้อมูลและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ Binary logistic regression เข้าวิเคราะห์โดย Simple logistic regression นำเสนอผล Crude Odds ratio (OR_{Crude}) 95%CI of OR_{Crude} คัดเลือกตัวแปรมีค่า p-value<0.25 เข้าวิเคราะห์โดย Multiple logistic regression นำเสนอผลค่า Adjusted OR (OR_{adj}) 95%CI of OR_{adj} และกำหนด p-value=0.05 และทดสอบข้อตกเบื้องต้นของการใช้สถิติ Logistic regression ได้แก่ 1) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนใกล้เคียง 0 พบได้ค่าเฉลี่ย= 0.00 จึงไม่พบปัญหา Bias ในโมเดล 2) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน มีค่า Variance Proportions ≤ 0.80 ค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบระหว่าง 1.07-1.21 และค่า tolerance พบระหว่าง 0.83-0.93 จึงไม่พบปัญหา multicollinearity ระหว่างตัวแปรต้น

จริยธรรมงานวิจัย โดยผู้วิจัยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักเคารพสิทธิส่วนบุคคล ไม่สามารถบ่งชี้ไปถึงตัวบุคคลผู้เกี่ยวข้องและผู้ให้ข้อมูลได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลเลขบัตรประชาชน ไม่มีที่อยู่ ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ หลักคุณประโยชน์ไม่ให้เกิดอันตรายด้วยการเก็บข้อมูลให้ปลอดภัย รักษาความลับและปกป้องข้อมูลไม่ให้เกิดความเสียหายจากบุคคลหรือภัยทางไซเบอร์ และหลักยุติธรรมด้วยการวิเคราะห์ตามที่รวบรวมได้อย่างระมัดระวัง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของทีม D-SRRT ที่ได้รับการประเมินและผ่านมาตรฐาน SRRT ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวนสมาชิกทีมพบมัธยฐานที่ 17 คน (9-33) ส่วนมากสมาชิกทีมไม่เกิน 17 คน ร้อยละ 52.46 บางส่วนปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดน ร้อยละ 24.59 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ถ่ายโอน

สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) พบมัธยฐานที่ร้อยละ 42.86 (0 – 100) ส่วนมากรพ.สต.ถ่ายโอน มีสัดส่วนไม่เกินค่ามัธยฐาน ร้อยละ 50.82 จำนวนเครือข่าย รพ.สต.พบมัธยฐานที่ 10 แห่ง (2 – 30) ส่วนมากจำนวนเครือข่าย รพ.สต. มีจำนวนไม่เกินค่ามัธยฐาน ร้อยละ 59.02 ทีมเคยประเมินผ่านมาตรฐาน ส่วนมากผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดในระดับดี ร้อยละ 62.30 และทีมสามารถดำเนินงานได้มาตรฐานส่วนมากผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดได้ในระดับดี ร้อยละ 78.69 และข้อมูลผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ตัวชี้วัดหลักที่ 1 – 7 พบทุกตัวชี้วัดย่อยผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 สำหรับด้านผลงานการสอบสวนโรคพบว่าตัวชี้วัดหลักที่ 8 ข้อที่ 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ข้อที่ 2 ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วนพบเพียงร้อยละ 83.61 ตัวชี้วัดหลักที่ 9 ข้อที่ 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ข้อที่ 2 สามารถสอบสวนโรคได้มีคุณภาพ 3 ฉบับขึ้นไป ร้อยละ 80.33 ตัวชี้วัดหลักที่ 10 ข้อที่ 1 และ ข้อที่ 3 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ส่วนข้อที่ 2 ร้อยละ 80 ขึ้นไปสามารถออกสอบสวนโรคทันเวลา พบเพียงร้อยละ 91.80 และข้อที่ 4 ร้อยละ 80 ขึ้นไปสามารถเขียนรายงานสอบสวนเบื้องต้นทันเวลา พบเพียงร้อยละ 90.16 และตัวชี้วัดที่ 11 ข้อที่ 1 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ข้อที่ 2 สามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคมีคุณภาพ 3 ฉบับขึ้นไป ร้อยละ 80.33

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT เข้าวิเคราะห์ปัจจัยทีละตัว โดยใช้สถิติ Simple Logistic Regression พบว่า พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value<0.05 คือ ทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน มีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 8.97 เท่าเมื่อเทียบกับทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดี (OR_{Crude}=8.974;95%CI=2.13-37.83) สำหรับ ปัจจัยสมาชิกทีม และรพ.สต.ถ่ายโอนสังกัดอบจ. ไม่มีความสัมพันธ์กัน มีนัยสำคัญทางสถิติ P-value<0.25 ในส่วนปัจจัยพื้นที่ชายแดน และเครือข่าย รพ.สต. ไม่มีความสัมพันธ์กัน และมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value>0.25 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ทีละปัจจัย

ปัจจัย	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (n=61)				OR_{Crude}	95% CI of OR_{Crude}	P-value
	พื้นฐาน		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สมาชิกทีม (จำนวน)							
≤17	10	31.25	22	68.75	3.939	0.96-16.13	0.057*
≥18	3	10.34	26	89.66	1		
พื้นที่ชายแดน (จำนวน)							
เป็นชายแดน	4	26.67	11	73.33	1.495	0.39-5.81	0.561
ไม่เป็นชายแดน	9	19.57	37	80.43	1		
รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัด อบจ. (ร้อยละ)							
≤42.86	9	29.03	22	70.97	2.659	0.72-9.83	0.143*
≥42.87	4	13.33	26	86.67	1		
เครือข่ายรพ.สต. (จำนวน)							
≥11	6	24.00	19	76.00	1.308	0.38-4.50	0.670
≤10	7	19.44	29	80.56	1		
ทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ (จำนวน)							
ระดับพื้นฐาน	10	43.48	13	56.52	8.974	2.13-37.83	0.003**

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ทีละปัจจัย

ปัจจัย	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (n=61)				OR_{Crude}	95% CI of OR_{Crude}	P-value
	พื้นฐาน		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับดี	3	7.89	35	92.11	1		

หมายเหตุ *P-value<0.25 **P-value<0.05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT เข้าวิเคราะห์ปัจจัยหลายตัวพร้อมกันซึ่งเลือกปัจจัยที่มีค่า P-value<0.25 โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กันกับผลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบ P-value<0.05 ได้แก่ ปัจจัยสมาชิกในทีมไม่เกิน 17 คน มีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 5.79 เท่าเมื่อเทียบกับสมาชิกในทีม 18 คนขึ้นไป เมื่อทำการควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว (OR_{adj}=5.793;95%CI=1.07-31.27)

และทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 7.54 เท่าเมื่อเทียบกับทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดี (OR_{adj}=7.536;95%CI=1.65-34.47) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ในส่วนปัจจัย รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัดอบจ. ไม่มีความสัมพันธ์กันกับผลดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี เมื่อทำการควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หลายปัจจัย

ปัจจัย	ผ่านมาตรฐาน (n=61)				OR_{Adj}	95% CI of OR_{adj}	P-value
	พื้นฐาน		ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สมาชิกทีม (จำนวน)							
≤17	10	31.25	22	68.75	5.793	1.07-31.27	0.041**
≥18	3	10.34	26	89.66	1		
รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัด อบจ. (ร้อยละ)							
≤42.86	9	29.03	22	70.97	3.444	0.69-17.12	0.131
≥42.87	4	13.33	26	86.67	1		
ทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ (จำนวน)							
ระดับพื้นฐาน	10	43.48	13	56.52	7.536	1.65-34.47	0.009**
ระดับดี	3	7.89	35	92.11	1		

หมายเหตุ **P-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานของทีม D-SRRT ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566-2567 ในหมวดด้านผลงานของทีม มี 4 ตัวชี้วัดหลักตามมาตรฐานการสอบสวนโรคมีเกณฑ์ระดับดีกำกับอยู่[7] ซึ่งมีทีม D-SRRT ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ได้ต่ำกว่าร้อยละ 100 ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 8 ข้อที่ 2 ร้อยละ 80 ขึ้นไปมีรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นครบถ้วน มีทีมผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 83.61 ตัวชี้วัดที่ 9 ข้อที่ 2 สามารถสอบสวนโรคได้มีคุณภาพ 3 ฉบับขึ้นไป มีทีมผ่าน

เกณฑ์เพียงร้อยละ 80.33 ตัวชี้วัดที่ 10 ข้อที่ 2 ร้อยละ 80 ขึ้นไปสามารถออกสอบสวนโรคทันเวลา มีทีมผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 91.80 และข้อที่ 4 ร้อยละ 80 ขึ้นไปสามารถเขียนรายงานสอบสวนเบื้องต้นทันเวลา มีทีมผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 90.16 และตัวชี้วัดที่ 11 ข้อที่ 2 สามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคมีคุณภาพ 3 ฉบับขึ้นไป มีทีมผ่านเกณฑ์เพียง ร้อยละ 80.33 จากข้อมูลดังกล่าว พบ D-SRRT บางทีมมีผลการดำเนินงานไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีได้ เนื่องจากบริบทในกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ และการสอบสวนโรค คาดว่ายังไม่ได้นำ Standard Operating Procedure (SOP) ที่ใช้กำกับติดตามกระบวนการและเครื่องมือดำเนินงานที่ถูกต้อง ตั้งแต่การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Eventbase) และการเฝ้าระวังในรายงาน 506 ที่ต้องตรวจจับความผิดปกติในทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบความผิดปกติทีมลงพื้นที่สอบสวนควบคุมโรคตามเกณฑ์สอบสวนโรคที่กำหนดขึ้น และทีมสามารถผลิตผลงานสอบสวนโรคได้ครอบคลุม ออกสอบสวนได้ทันเวลา เขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นได้ทันเวลา รวมถึงสามารถสอบสวนโรคได้คุณภาพ และสามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคอย่างมีคุณภาพ อีกกรณีพบในทุกปี การเปลี่ยนแปลงผู้ประสานงานหลักและเป็นเจ้าหน้าใหม่ได้รับมอบหมายงานจากหน่วยงานให้เป็นแกนหลักการดำเนินงานของทีม ด้วยมีประสบการณ์และทักษะการทำงานน้อย อีกทั้งผู้รับผิดชอบงานเดิมขาดการส่งต่องานให้กับผู้รับผิดชอบงานใหม่ มีผลให้ต้องมาเริ่มต้นงานใหม่และต้องใช้เวลาเรียนรู้พัฒนาในการสร้างการยอมรับจากสมาชิกทีมในความรู้ความสามารถด้านวิชาการโดยเฉพาะเครือข่ายเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้งในและนอกสังกัด มีโอกาสเกิดอุปสรรคในการประสานงาน และขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของทีมจึงได้ผลงานทำไม่ได้ถึงเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของพวงทิพย์ รัตนะรัตน์ และคณะ ที่ได้ระบุถึง การจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานเฝ้าระวังโรค ทำเป็นแนวทางอย่างง่ายและสามารถมีชื่อ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้เกี่ยวข้องสำหรับประสานงานกันได้ในทีม ทำให้เกิดความสะดวกและติดตามผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นเครื่องมือส่งต่องานให้กับผู้รับผิดชอบงานใหม่ได้ หรือเจ้าหน้าที่หลักของทีมไม่อยู่หลายวัน[8]

และพบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT มีจำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่

สมาชิกทีม พบการมีสมาชิกในทีมไม่เกิน 17 คน มีอัตราการผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับพื้นฐาน ที่ร้อยละ 31.25 สูงกว่าการมีสมาชิกทีม 18 คนขึ้นไป (10.34) ถึง 3.94 เท่า เมื่อได้วิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกันจึงเป็นปัจจัยเสี่ยง คือ สมาชิกทีม ไม่เกิน 17 คน มีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงาน ไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 5.79 เท่าเมื่อเทียบกับสมาชิกทีม 18 คนขึ้นไป ด้วยบริบทการมีสมาชิกทีมไม่เกิน 17 คน ด้วยมีสรรพกำลังในทีมที่จำกัด จึงมีโอกาสเสี่ยงเมื่อปริมาณงานเพิ่มขึ้นและเริ่มล้นมือ เช่น เมื่อเกิดเหตุการณ์โรคติดต่อระบาดในวงกว้างทั่วพื้นที่ตำบลหรืออำเภอมักมีผู้ป่วยจำนวนมากต้องทำการสอบสวนควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ ทำให้เจ้าหน้าที่เริ่มเหน็ดเหนื่อยจากภารกิจที่มากขึ้นในแต่ละวัน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของสมาชิกทีมที่ลดลง ทำให้ทีมมีรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นครบถ้วนไม่ถึงร้อยละ 80 ความรวดเร็วของการออกสอบสวนโรคและความทันเวลาของการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นครอบคลุมไม่ถึงร้อยละ 80 อีกทั้ง ด้วยมีเวลาการปฏิบัติงานที่ค่อนข้างจำกัดทำให้ขาดโอกาสทบทวน ได้ผลงานการสอบสวนและการเขียนรายงานสอบสวนโรคไม่ถึงคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถพร ณ นคร และคณะที่ระบุถึงความครบถ้วนของการสอบสวนการระบาดมีทีม D-SRRT ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดเนื่องจากเมื่อพื้นที่มีการระบาดของโรคติดต่อเป็นวงกว้างส่งผลมีประสิทธิภาพงานที่ลดลง[9]

ทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ พบมีทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีอัตราการผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 43.48 สูงกว่าทีมเคยประเมินผ่านการประเมินระดับดี (7.89) ถึง

8.97 เท่า เมื่อได้วิเคราะห์หลายปัจจัยพร้อมกันจึงเป็นปัจจัยเสี่ยง คือ ทีมเคยผ่านการประเมินระดับพื้นฐานมีความเสี่ยงได้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีถึง 7.54 เท่าเมื่อเทียบกับทีมเคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับดี ด้วยบริบททีมที่เคยประเมินผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานในพื้นที่ คาดว่าประสบปัญหาหลายประเด็น ได้แก่ ไม่มีแนวทางการปฏิบัติงาน(SOP) ที่จำเพาะเฉพาะต่อการทำงานของทีม บางทีมมีการหมุนเวียนเปลี่ยนงานของผู้รับผิดชอบงานหลักที่เป็นเจ้าหน้าที่ใหม่จึงต้องเรียนรู้พร้อมกับพัฒนางานขึ้นใหม่ รวมถึงการวางแผนดำเนินงานทำได้ไม่ถึงเป้าหมาย เช่น ขาดการทบทวนและค้นหาช่องว่างที่ทีมยังทำได้ไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด การจัดทำแผนพัฒนาและหัวหน้าทีมกำกับติดตามความก้าวหน้าในงานอย่างต่อเนื่องในการปิดช่องว่างของดำเนินงานในทีมให้สามารถยกระดับมาตรฐานจากระดับพื้นฐานสู่ระดับดีขึ้นมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิลป์ชัย เนตรทานนท์ ที่ระบุถึงการวางแผนงานก่อนดำเนินงาน มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับการประสานงานเฝ้าระวังสอบสวนโรคของสมาชิกทีม D-SRRT ในระดับปานกลาง ว่าการวางแผนงานที่ดี ทราบจุดแข็งจุดอ่อนของทีมเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการกำหนดทิศทางขับเคลื่อนมาตรฐานการดำเนินงานของทีมให้บรรลุเป้าหมายได้[10]

สำหรับปัจจัย รพ.สต.ถ่ายโอนสังกัดอบจ. ตามเงื่อนไขและทิศทางของ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ.2542 ซึ่งส่งผลให้รพ.สต.ที่เคยดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพในทิศทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ต้องปรับเปลี่ยนบริบทให้เหมาะสมกับทิศทางนโยบายขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่เป็นต้นสังกัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ถึงไม่พบความสัมพันธ์กันกับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดี เนื่องจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ยังคงเป็นเจ้าหน้าที่คนเดิม จึงสามารถประสานและร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานภารกิจเฝ้าระวังสอบควบคุมโรคในพื้นที่แบบไร้รอยต่อได้ ในอนาคตอันใกล้เจ้าหน้าที่คนเดิมเกษียณอายุราชการจำนวนมากปีงบ 2568 - 2569 เริ่มทยอยเจ้าหน้าที่ใหม่เข้าบรรจุงานแทนเจ้าหน้าที่คนเดิม อาจส่งผลให้ความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นทีมร่วมมือกันลดลงและเป็นปัญหาต่อการประสานร่วมกันทำงานแบบเครือข่ายได้ ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขมีแผนงาน/กิจกรรม ที่ยังคงต้องมีติดตามและประเมินผลงานในภารกิจการป้องกันควบคุมโรคของรพ.สต.ในและนอกสังกัด สอดคล้องกับการศึกษาของศรวณีย์ อวนศรีและคณะ ที่ระบุถึงกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนบทบาทของการกำกับติดตามในฐานะเป็นต้นสังกัดปรับเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานและวิชาการให้กับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัดอบจ.[11]

ดังนั้น ผลประเมินมาตรฐานการดำเนินงานของทีม D-SRRT ที่ผ่านเกณฑ์เพียงระดับพื้นฐาน เกิดจากผลงานการสอบสวนโรคของทีม ได้แก่ ความครบถ้วน ความรวดเร็ว ทันเวลาของผลงานสอบสวน ไม่ถึงเกณฑ์ระดับดีที่ร้อยละ 80 และความสามารถสอบสวนโรคและเขียนรายงานได้คุณภาพ ไม่ถึงเกณฑ์ระดับดีที่ 3 ฉบับขึ้นไป โดยพบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดี ได้แก่ จำนวนสมาชิกทีม ทีมเคยประเมินผ่านมาตรฐานสำหรับปัจจัย รพ.สต.ถ่ายโอนไปสังกัดอบจ. ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จากข้อมูลผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10โดยจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูล ซึ่งผลการวิเคราะห์เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาปี 2566-2567 ไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยเสี่ยงใดเป็นสาเหตุของปัญหาที่มาก่อนหรือมาทีหลังซึ่งส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับดีของทีม D-SRRT ได้ และกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากจำนวนประชากรตามเกณฑ์การคัดเข้าเอามาใช้ศึกษาทั้งหมดเพื่อให้ได้ตัวอย่างขนาดใหญ่ เนื่องด้วยผู้วิจัยต้องการผลการวิเคราะห์สถิติที่น่าเชื่อถือ ให้ได้ค่าประมาณที่แม่นยำ

สามารถใช้ทดสอบทางสถิติได้เพิ่มขึ้นและควบคุมตัวแปรกวนได้ดีขึ้น จากการนำหลายตัวแปรที่ใช้ศึกษานำมาควบคุมซึ่งกันและกัน รวมถึงช่วยลดผลกระทบค่าผิดปกติ (Outliers) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้นี้ไม่สามารถประยุกต์ใช้กับทีม D-SRRT นอกพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้สนใจควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้พัฒนา SOP หรือคู่มือการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคที่จำเพาะในเขตสุขภาพที่ 10 สำหรับเป็นเครื่องมือให้กับทีม D-SRRT ที่ผ่านมาตรฐานในระดับพื้นฐานและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ ได้ใช้ศึกษาเป็นแนวทางในการวางแผนยกระดับมาตรฐานที่มีอยู่โดยเฉพาะการขับเคลื่อนผลงานการสอบสวนควบคุมโรคไปสู่ระดับดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการพัฒนาและจัดตั้งทีม D-SRRT มีสมาชิกทีมเพียงพอและมีสมรรถนะสูงต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบควบคุมโรคติดต่อทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

2. ควรพัฒนารูปแบบการเพิ่มสมรรถนะการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคของทีม D-SRRT ที่มีผลงานการสอบสวนโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับพื้นฐาน สามารถยกระดับการดำเนินงานสู่การได้ผลงานผ่านเกณฑ์ในระดับดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี รองผู้อำนวยการฯ นายเพ็ชรบูรณ์ พูลผล ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ที่อนุญาตให้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและเป็นที่ปรึกษารวมถึง นางสาวสำรวย ศรศรี นางสาวนิรชา พิมพ์มหา ที่สนับสนุนการรวบรวมและร่วมดำเนินการจัดเก็บข้อมูลผลประเมินมาตรฐาน SRRT รวมถึง นางสาวนงค์นุช สุรัตนวดี นางสาวชนันรัตน์ ดวงบุปผา นางสาวหัสยา ไชยสิทธิ์ นางสาวปพิชญา ฉัตรสุวรรณ และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 แห่งในเขตสุขภาพที่ 10 ที่สนับสนุนและร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2010). Influenza A(H1N1) virus-Global[Internet]. 2010. [cited 2025 Apr 9]. Available from: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2010DON040
2. World Health Organization.(2010). COVID-19 Dashboard[Internet]. 2010. [cited 2025 Apr 9]. Available from: https://data.who.int/dashboards
3. Maneerattanasak S, Ngamprasertchai T, Tun Y M, Ruenroengbun N, Auewarakul P, Boonnak K.(2024). Prevalence of dengue, Zika, and chikungunya virus infection among mosquitoes in Asia: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases 148:1-10.
4. World Health Organization.(2010). Tuberculosis[Internet]. 2010. [cited 2025 Apr 9]. Available from: https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tuberculosis
5. กองระบาดวิทยา.(2568). การลำดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล [อินเตอร์เน็ต]. 2568. [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/priority_v2/Dashboard1?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y
6. กรมควบคุมโรค.(2561). ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560 – 2579). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์.
7. กองระบาดวิทยา.(2563). มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแคนนา กราฟฟิค.

8. พวงทิพย์ รัตนะรัต, พจมาน ศิริอารยาภรณ์, ธีรศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรรณ สฤษดิ์อภิรักษ์. การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2561; 49(1):1-8.
9. อรรถพร ณ นคร, จิตติมา พานิชกิจ. การประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอ เขตสาธารณสุขที่ 18 ปี 2551. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2553; 6(1):87-93.
10. ศิลป์ชัย เนตรทานนท์, ปิยธิดา ตรีเดช, พีระ ครึกครื้นจิตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ เขตสาธารณสุขที่ 4. วารสารพยาบาลทหารบก 2553; 11(2):67-73.
11. ศรวณีย์ อวนศรี, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย, ศศิวิมล อ่อนทอง, นิจนันท์ ปาณะพงศ์, ธนินทร์ พัฒนศิริ. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย:ความก้าวหน้าและความท้าทาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567; 18(3):314-330.

ผลการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศีขรภูมิ

RESULTS OF THE OUTPATIENT MEDICATION CONSULTATION PROGRAM FOR WARFARIN PATIENTS AT SIKHORAPHUM HOSPITAL

(Received: April 1,2025 ; Revised: May 5,2025 ; Accepted: May 7,2025)

สุภาวิรัศมิ์ ดวงใจ[1]
ตุลาการ นาคพันธ์[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบการทดลองกลุ่มเดียวก่อนและหลัง (One-group pre-test and post-test design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศีขรภูมิ โดยเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษา และอาการไม่พึงประสงค์ หลังการได้รับคำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จำนวน 187 คน ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยได้จากการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการศึกษา: หลังการให้คำปรึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 100 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.67 ± 2.44 เป็น 11.59 ± 0.72 ($p < 0.001$) พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 86.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 30.39 ± 1.32 เป็น 35.59 ± 2.16 ($p < 0.001$) อัตราการควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย (2.0–3.0) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.2 เป็นร้อยละ 81.3 ค่าเฉลี่ย INR เพิ่มจาก 2.15 ± 0.63 เป็น 2.42 ± 0.39 ($p < 0.001$) ผลลัพธ์ทั้งหมดมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีค่า INR เป้าหมายแตกต่างกันทางสถิติ ($p<0.001$) หลังการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) ร้อยละ 2.6 ไม่พบภาวะเลือดออกที่รุนแรง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยวาร์ฟาริน, คลินิกวาร์ฟาริน, การบริบาลทางเภสัชกรรม

Abstract

This study was quasi experimental research using a one-group pre-test and post-test design. To evaluate the effectiveness of a pharmaceutical counseling program for outpatients receiving warfarin at Sikhoraphum Hospital by comparing patients' knowledge, self-care behavior, and International Normalized Ratio (INR) levels before and after the intervention, as well as the occurrence of adverse drug reactions (ADRs) following counseling. The sample consisted of 187 cardiovascular patients receiving warfarin at the outpatient department of Sikhoraphum Hospital, Surin Province, selected by simple random sampling. Data were collected using a pharmaceutical care record form between November 2024 and March 2025. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired t-test) were used for data analysis.

Results: After receiving pharmaceutical counseling, the proportion of patients with good knowledge increased from 0% to 100%, and the mean knowledge score significantly improved from 5.67 ± 2.44 to 11.59 ± 0.72 ($p < 0.001$). The percentage of patients with good self-care behavior increased from 8.6% to 86.1%, with the mean behavior score rising from 30.39 ± 1.32 to 35.59 ± 2.16 ($p < 0.001$). The proportion of patients

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศีขรภูมิ
[2] ผศ.ดร.,คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ

achieving the target INR range (2.0–3.0) increased from 42.2% to 81.3%, with the mean INR value improving from 2.15 ± 0.63 to 2.42 ± 0.39 ($p < 0.001$). All improvements were statistically significant. After the intervention, adverse drug reactions (ADRs) occurred in 2.6% of patients, with no cases of severe bleeding reported.
Keywords: warfarin patients, warfarin clinic, pharmaceutical care

บทนำ

วาร์ฟาริน (Warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (Oral anticoagulant) ที่มีการใช้ในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในระบบไหลเวียนโลหิต (Thromboembolism) ได้แก่ หลังผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคลิ้นหัวใจรูมาติก ประวัติเส้นเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดในปอด แขน หรือขา และภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ[1]

วาร์ฟารินเป็นยาที่มีประโยชน์ในการรักษามาก อย่างไรก็ตามวาร์ฟาริน เป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ(Narrow therapeutic index) ตัวยามีคุณสมบัติทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) และเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ที่ซับซ้อน ตัวยาจับกับโปรตีนได้สูงถูกแปรสภาพด้วย cytochrome P450 ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีความสำคัญในการแปรสภาพยาต่างๆ วาร์ฟารินจึงสามารถเกิดอันตรกิริยากับยา (Drug interaction) ได้ง่าย ส่งผลต่อระดับยาวาร์ฟารินในเลือด และผลการออกฤทธิ์ของยา การติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยาวาร์ฟารินในการรักษาหรือป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด พิจารณาจากค่า International normalized ration (INR) ซึ่งเป็นค่าพารามิเตอร์ที่ใช้วัดการต้านการแข็งตัวของเลือดจากยาวาร์ฟาริน American College of Chest Physician (ACCP) ได้แนะนำระดับ INR เป้าหมายให้อยู่ในช่วง 2.0 – 3.0 สำหรับป้องกันและรักษาการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และ อยู่ในระดับ 2.5 – 3.5 สำหรับผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม (Mechanical prosthetic mitral valve) ดังนั้นในการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน จึงมีความจำเป็นต้องติดตาม ระดับ INR และปรับขนาดยาเพื่อให้ได้ระดับ INR ตามเป้าที่กำหนด ลดโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากยา การไม่ได้รับยาหรือระดับยาน้อยเกินไปอาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอัมพาต เกิดการพิการและอันตรายถึงชีวิตได้ อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญและรุนแรง ได้แก่ ภาวะเลือดออก

การควบคุมให้ค่า INR อยู่ในเป้าหมายมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น อายุของผู้ป่วย พันธุกรรม ภาวะโรคร่วม ที่สำคัญที่สุดคือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย[2] อันตรกิริยาระหว่างยาและอาหารที่รับประทาน โดยเฉพาะอาหารที่มีวิตามินเคสูง ความแม่นยำในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ[3] จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา เนื่องจากคุณสมบัติของยาเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย อาทิเช่น ความรู้และพฤติกรรมทั้งการบริโภคและความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับ INR เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาร่วมอื่น การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการใช้ชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ การให้คำปรึกษายังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพิ่มความร่วมมือในการเข้ารับการตรวจติดตามอย่าง

สม่ำเสมอ และส่งผลให้สามารถควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้ดีขึ้น และในระดับระบบบริการสุขภาพ การให้คำปรึกษาอย่างมีระบบจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่นำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ และลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวม ทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ[4,5]

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความสำคัญต่อกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เนื่องจากสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกหรือการอุดตัน รวมถึงลดผลกระทบจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม หากไม่ได้รับการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การศึกษายังช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา warfarin ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา
2. เพื่อเปรียบเทียบค่า INR เป้าหมาย ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา
3. เพื่อประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) หลัง การใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มเดียวกันก่อน - หลัง ใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา (One group: Pre-test, Post-test design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศีขรภูมิก่อน – หลัง ใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา การวิจัยนี้ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 - มีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่แพทย์มีการสั่งให้การรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่จำเป็นต้องใช้ยาวาร์ฟารินในระยะยาว ได้แก่ หลังผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคลิ้นหัวใจรูมาติก ประวัติเส้นเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดในปอด แขน หรือขา ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 - มีนาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่มารับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่คลินิกวาร์ฟาริน อย่างน้อย 3 เดือน

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่มารับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่คลินิกวาร์ฟาริน ไม่ต่อเนื่อง 2) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม หรือรับประทานยาที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน 3) ผู้ป่วยที่ขาดนัด ย้ายสถานพยาบาล และไม่สามารถติดต่อได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ใช้สถิติเปรียบเทียบกลุ่มเดียวกันก่อน – หลัง ใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา (One group: Pre-test, Post-test design) เพื่อหาความแตกต่างระหว่าง 2 ตัวแปรซึ่งไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สูตรของ Two Dependent Population Means ของ App N4Studies ดังนี้

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

จากวิจัยของ นาตยา หวังนิรัติศัยและคณะ (2560) วิจัยเรื่องผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับวาร์ฟารินของคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับวาร์ฟารินของคลินิกวาร์ฟาริน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้คะแนนก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมเท่ากับ 6.94 และ 9.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับวาร์ฟารินของคลินิกวาร์ฟาริน เท่ากับ 1.11 และ 0.60 ตามลำดับเมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจในการทดสอบ 95% การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าศึกษา และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอปรับกลุ่มตัวอย่างเป็น 187 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรค/สภาวะ (วินิจฉัย) และโรคร่วม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค/สภาวะ (วินิจฉัย) โรคร่วม ยาที่กำลังรับประทาน ค่า INR เป้าหมาย และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟาริน

3. แบบวัดการปฏิบัติตัวในเรื่องการใช้ยา ข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วย ข้อปฏิบัติหากลืมรับประทานยา และการติดต่อกรณีฉุกเฉิน

4. แบบบันทึกติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้นหลังได้รับยาวาร์ฟาริน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาประกอบด้วยแผนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม สื่อความรู้ทางเภสัชกรรม เทคนิควิธีการในการให้คำปรึกษาทางเภสัชกรรม ระบบการสื่อสาร และการติดตามเยี่ยม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรง จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ ด้านความรู้และการปฏิบัติตัวเท่ากับ0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการกับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องในคลินิกวาร์ฟาริน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศีขรภูมิ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ก่อนการพบแพทย์ ผู้ป่วยจะได้รับการให้บริบาลทางเภสัชกรรมจากเภสัชกร ซึ่งประกอบด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลการใช้ยา การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และการประเมินความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟาริน รวมถึงการให้คำแนะนำเบื้องต้นด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการพบแพทย์

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย

2.1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อ

ประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการได้รับโปรแกรม (Pre-test)

2.2 ดำเนินการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา ซึ่งประกอบด้วย 1) แผนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมรายบุคคล 2) สื่อความรู้ทางเภสัชกรรมที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย 3) เทคนิคการสื่อสารและการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ 4) การติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2.3 หลังเสร็จสิ้นการใช้โปรแกรม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง เพื่อประเมินผลด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง (Post-test)

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามในแต่ละราย เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษา

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่โครงการวิจัย 70/2567 ได้ให้รับรองเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

การวิจัยแบบทดลองเบื้องต้นครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่มารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศีขรภูมิ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 187 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป,ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟาริน,ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ยาวาร์ฟาริน และแบบบันทึกการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.72 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และข้อมูลเวชระเบียนใน Hos xp กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567- 31 มีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test ผลการวิจัยมีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็น ร้อยละ 100 และมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.67 ± 2.44 เป็น 11.59 ± 0.72 ($p<0.001$) มีการปฏิบัติตัวในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็น ร้อยละ 86.1 และมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจาก 30.39 ± 1.32 เป็น 35.59 ± 2.16 ($p<0.001$) ส่วนค่า INR เป้าหมาย 2-3 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 42.2 เป็น ร้อยละ 81.3 และมีค่า INR เป้าหมายเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา เท่ากับ 2.15 ± 0.63 และ 2.42 ± 0.39 ($p<0.001$) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) และค่า INR เป้าหมายเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยา ผู้ป่วยมีระดับความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาวาร์

ฟารินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.67±2.44 เป็น 11.59±0.72 และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพิ่มจาก 30.39±1.32 เป็น 35.59±2.16 อัตราผู้มีความรู้ระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 100 และผู้มีการปฏิบัติตัวระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 86.1 การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและมีเป้าหมาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจกลไกการออกฤทธิ์ของยา ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ INR และแนวทางการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก (ค่า INR) ค่า INR เป้าหมายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.2 เป็นร้อยละ 81.3 โดยมีค่าเฉลี่ย INR เพิ่มจาก 2.15±0.63 เป็น 2.42±0.39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) แสดงถึงการควบคุมระดับ INR ที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น เช่น การรับประทานยาตรงเวลา หลีกเลี่ยงปัจจัยที่รบกวนการทำงานของยา และการมาติดตามตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3. ด้านความปลอดภัยของการใช้ยาอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) หลังการใช้โปรแกรมอยู่ที่ร้อยละ 2.6 โดยไม่พบภาวะเลือดออกที่รุนแรง แสดงถึงการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาวาร์ฟาริน ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ ตระหนักถึงความเสี่ยง และสามารถแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรได้อย่างทันท่วงที

โดยสรุป โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยามีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย ลดความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ และเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาวาร์ฟาริน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพโดยรวมผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนาตยา หวังนิรัติศัยและคณะ[6] ได้ทำการวิจัยเรื่องผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินของคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน ที่มีประวัติการรักษาไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง พบว่า ก่อนได้รับความรู้จากเภสัชกรผู้ป่วยมีความรู้ในการใช้ยาเฉลี่ย 6.94±1.11 (จากคะแนนเต็ม 10) หลังได้รับความรู้จากเภสัชกรความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.09±0.60 (p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนการเกิดภาวะเลือดออกลดลงจากร้อยละ 2.68 เป็นร้อยละ 1.15 สรุปการบริบาลทางเภสัชกรรมของคลินิกวาร์ฟารินมีผลทำให้เพิ่มความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้นและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และของสุวรสลีลาศ[7] ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 47 คน ที่ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 4 เดือน หลังได้รับการบริบาลเภสัชกรรมจากคลินิกวาร์ฟาริน ผลลัพธ์พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการให้คำปรึกษาจาก 5.1±1.71 เป็น 5.62±1.52 (p<0.024) อาการไม่พึงประสงค์จากยาวาร์ฟาริน 13 ราย โดยมีภาวะเลือดออก 13 ครั้ง(100%) และไม่พบลิ่มเลือดอุดตัน อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือรอยฟกช้ำ(84.6%) เลือดออกตามไรฟัน (15.4%) และไม่พบภาวะเลือดออกรุนแรง บทสรุปการบริบาลเภสัชกรรมช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟาริน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ควรมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนการให้คำปรึกษาด้านยาอย่างเป็นระบบในสถานบริการ

สาธารณสุขระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยจัดให้มีบทบาทของเภสัชกรหรือบุคลากรสุขภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรบรรจุโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาไว้ในแผนงานหรือแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนา สื่อการสอน เครื่องมือประเมินความรู้ และระบบติดตามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และลดภาระจากภาวะแทรกซ้อนในระบบสุขภาพโดยรวม อีกทั้งควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งต่อข้อมูลและสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยไปประยุกต์ใช้

เน้นให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลแม่ข่าย และสามารถต่อยอดได้ทั้งในระดับบุคคล หน่วยบริการ และเครือข่ายบริการสุขภาพโดยการขยายผลโปรแกรมสู่คลินิกวาร์ฟารินของโรงพยาบาลเครือข่าย พร้อมจัดทำคู่มือมาตรฐานสำหรับการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการ อีกทั้งควรพัฒนาสื่อประกอบ เช่น อินโฟกราฟิกหรือคลิปวิดีโอเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และสามารถสื่อสารผ่านช่องทางที่เข้าถึงได้จริง เช่น กลุ่ม Line หรือระบบติดตามผู้ป่วยออนไลน์ นอกจากนี้ ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับระบบติดตามผู้ป่วย เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาและอาการข้างเคียงระหว่างการรักษา รวมถึงการอบรมบุคลากรระดับปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. และ อสม. ให้สามารถถ่ายทอดความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ควรมีการเสนอของบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลหรือ สปสช. เพื่อพัฒนาและต่อยอดโปรแกรมให้ครอบคลุมยากลุ่มอื่นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งล้วนต้องการการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาในระยะยาว เพื่อติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น แรงจูงใจส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัว หรือบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ นอกจากนี้ ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายมากขึ้นทั้งในด้านอายุ ระดับการศึกษา และภูมิหลังทางวัฒนธรรม เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและสามารถประยุกต์ใช้ผลการวิจัยได้กว้างขวางยิ่งขึ้น อีกทั้งควรพัฒนาและเปรียบเทียบรูปแบบการให้คำปรึกษาด้านยาหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ การให้คำปรึกษารายกลุ่ม หรือการใช้เทคโนโลยีเสริม เช่น แอปพลิเคชันติดตามการใช้ยา เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G.(2008). Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest. 2008;133(6 Suppl):160S–198S. https://doi.org/10.1378/chest.08-0670
2. Waterman AD, Milligan PE, Bayer L, Banet GA, Gatchel SK, Gage BF.(2004). Effect of warfarin nonadherence on control of the international normalized ratio. Am J Health Syst Pharm. 2004;61(12):1258–1264.
3. Wittkowsky AK.(2004). Effective anticoagulation therapy: Defining the gap between clinical studies and clinical practice. Am J Manag Care. 2004;10(15 Suppl):S297–S306.

4. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.(2553). แนวทางการใช้ยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยโรคหัวใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/warfarin_Guideline.pdf
5. ศิริภัทร ศรีขจรลาภ, พุธิตา เดชประมวลพล.(2560). การออกแบบเกณฑ์คัดเข้ารับคำปรึกษาในคลินิกวาร์ฟารินโดยกระบวนการเรียนรู้ของปัญญาประดิษฐ์สำหรับผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560. เข้าถึงได้จาก: https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/77003
6. นาตยา หวังนิรัติศัย, สกนธ์ สุภากุล, ภูขวัญ อรุณมานะกุล.(2561). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินของคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารเภสัชกรรมไทย. 10(1):1–12.
7. สุวรส ลีลาศ.(2564). ผลการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 6(2):81–85.

ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

The Effects of Swanson's Caring-Based Nursing on the Well-Being of Caregivers of Terminal Cancer Patients.

(Received: April 22,2025 ; Revised: May 5,2025 ; Accepted: May 11,2025)

นิตยา ธีรวิโรจน์[1] **นภาพร วิทยาประโคน**[1]
Nittaya Teeraviroj[1] **Napaporn Vitayapacon**[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดำรงไว้ซึ่งความหวังความเชื่อความศรัทธา 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง 3) การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้และ 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบวัดความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะหลังการทดลองและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : การดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน, ความผาสุก, ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research aiming to examine the effect of Swanson's caring-based nursing on the well-being of caregivers of terminal cancer patients. The population and sample consisted of 30 caregivers of terminal cancer patients, divided equally into two groups: 15 in the experimental group and 15 in the control group. Simple random sampling was used by drawing lots to assign participants to either the experimental or control group. The experimental group received Swanson's caring-based nursing program developed by the researcher, which lasted for four weeks and comprised five components: 1) Maintaining hope, faith, and belief 2) Knowing the patient as a person 3) Being with the patient 4) Doing for the patient what they would do for themselves if possible 5) Enabling the patient to have the ability to care for themselves. The control group received routine nursing care. The instruments used for data collection included a personal and illness information interview form and a caregiver well-being scale for caregivers of terminal cancer patients, with a reliability coefficient of .90. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Independent t-test.

The results showed that caregivers in the control group had a significant difference in their mean well-being scores before and after the intervention. Moreover, caregivers in the experimental group had higher post-intervention well-being scores compared to those in the control group.

Keyword : Swanson's caring, Well-being, Caregivers of terminal cancer patients

---

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding Author, Napaporn Vitayapacon
E-mail address: nsuankaew@gmail.com

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ.2561 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคน ผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรค มีมากถึง 32.6 ล้านคน[1] ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 1,688,780 ราย มีผู้มีเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 600,920 ราย สำหรับในประเทศไทยจากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ.2555 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงเป็น 143.3 และ 131.9 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงเป็น 143.8 และ 134.2 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 112,392 ราย เป็น 126,555 ราย[2]

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนับเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และซับซ้อน เนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเบื้องต้น[3] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของสมาชิกในครอบครัวเป็นภาระการดูแลที่หนักขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกระทบต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิภาพการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยลดลง การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้อย่างปลอดภัย และก่อให้มีความผาสุก[1]

ผู้ดูแลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าสู่มะเร็งระยะที่ 4 เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาการลุกลามของโรคให้หายขาดได้ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค อาการที่พบได้บ่อยในระยะสุดท้าย ทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ด้านจิตใจและสังคม รู้สึกสิ้นหวัง คุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่ดีวิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า และมีการปรับตัวที่ผิดปกติ เครียด[1] ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ผู้ดูแลบางรายมีความเครียดมากคิดอยากฆ่าตัวตายเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลนาน มีคนดูแลคนเดียว เสียเวลาในการดูแล เกิดความตระหนก กลัว เศร้า วิตกกังวล และเกิดความเครียด[4] การขาดความรู้ความสามารถหรือทักษะที่ดีพอเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อตัวผู้ป่วยเกิดความเครียดและขาดความสุข นอนไม่หลับ มีอาการรบกวนทางร่างกาย การเจ็บป่วยทางกายเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตร และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ขาดความสุขและขาดความรู้สึกภูมิใจในตัวเองในการดูแลผู้ป่วย ทางด้านจิตใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ด้านเศรษฐกิจและสังคมมีค่าใช้จ่ายและมีหนี้สินไม่มีเวลาไปทำงาน ไม่มีเงินใช้จ่ายภายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ผู้ดูแลบางรายต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและรายได้เนื่องจากต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง

เนื่องจากเวลาในแต่ละวันจะหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย ต้องเปลี่ยนแผนการทำงานไม่มีเวลาทำอย่างอื่นต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้[2]

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยสำคัญในการมีชีวิตของบุคคล ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณอาจจะนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงในผู้ดูแล สูญเสียคุณค่าและพลังอำนาจในตนเอง หมดความสุข สิ้นหวัง และไม่อยากจะมีชีวิตต่อไป แต่สิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดพลังในการเยียวยาตนเอง เกิดการยอมรับกับภาวะสุขภาพ และปรับเปลี่ยนความคาดหวังต่อตนเองได้ คือ การพัฒนาทักษะด้านจิตวิญญาณที่ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ[4] ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมีความหมาย เป้าหมายและความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น[5]

ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson[5] ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรมคือการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ และการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7-14 วัน ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องอยู่กับความไม่แน่นอน ความหวาดระแวง ความไม่มั่นใจ ในอาการ และอาการแสดงที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญการประสบกับปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เรื้อรังและคุกคามชีวิตทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ[3] โดยใช้โปรแกรมการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาบูรณาการแล้วนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเป้าหมายของชีวิตของผู้ดูแล เพื่อความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตผู้ดูแลมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการกระจายไปที่อวัยวะอื่นมากกว่าหนึ่งอวัยวะไม่สามารถรักษาให้หายขาด และการรักษาที่ได้รับไม่สามารถหยุดยั้งการเจริญของมะเร็งได้ที่มาติดตามรักษา

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนโดยหยิบสลับกันใบที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง ใบที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 4 เป็นกลุ่มทดลองสลับกันจนครบ 30 คน

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy[6]

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นชุดคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา สิทธิในการรักษา อวัยวะที่เป็นโรค และระยะของโรคมะเร็ง

1.2 แบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy[6] เป็นข้อคำถามที่ประเมินความรู้สึก ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตอบแบบประเมินของความผาสุกในลักษณะภาพรวม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้คือ ด้านความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ด้านความซึมเศร้า จำนวน 3 ข้อ ด้านความสุขในชีวิต จำนวน 3 ข้อ ด้านการควบคุมตนเอง จำนวน 3 ข้อ ด้านความมีชีวิตชีวา จำนวน 3 ข้อ และด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 2 ข้อ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ คำตอบแบ่งเป็นค่าคะแนน 1-6 คะแนน ส่วนที่ 2 มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง จากคะแนน 0-10 คะแนน หลังจากได้คำตอบ นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมารวมกัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-110 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร Swanson[5] นำมาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรมได้แก่ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถและการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย การดูแลแบบเอื้ออาทรเป็นการดูแลบุคคลทั้งคนแบบองค์รวมเป็นการพยาบาลที่มุ่งแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้ง มีองค์ประกอบชัดเจนเป็นรูปธรรม มุ่งเน้นการดูแลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้กระบวนการการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแผนการดูแลแบบเอื้ออาทรสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีแบบแผนประกอบไปด้วยความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร ความห่วงใย และความเอาใจใส่ร่วมทุกข์ร่วมสุข นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริมเพื่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะเตรียมตัวก่อนกลับบ้านระยะที่ 3 ระยะภายหลังสิ้นสุดการรักษาโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับเป้าหมายวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม วัตถุประสงค์ กิจกรรระยะเวลา และเหตุผลเชิงทฤษฎี โดยการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ รวมใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 7 วัน

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของแบบสอบถามตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

(IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรีเลขที่ MTH 2023-07

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีร้อยละ 66.6 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.3 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 60.0 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาร้อยละ 60.6 ทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (*N* = 15)		กลุ่มควบคุม (*N* = 15)		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	9	(60.0%)	9	(60.0%)		
หญิง	6	(40.0%)	6	(40.0%)		
อายุ						
20 - 59 ปี	10	(66.6%)	10	(66.6%)		
60 - 65 ปี	5	(33.3%)	5	(33.3%)		
สถานภาพสมรส					0.3	0.9
โสด	1	(6.6%)	2	(13.3%)		
คู่	9	(60.0%)	8	(53.3%)		
หม้าย	3	(20.0%)	3	(20.0%)		
หย่า	2	(13.3%)	2	(13.3%)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (*N* = 15)		กลุ่มควบคุม (*N* = 15)		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					6.0	0.1
ไม่ได้เรียน	4	(26.6%)	9	(60.0%)		
ประถมศึกษา	5	(33.3%)	1	(6.6%)		
มัธยมศึกษา	1	(6.6%)	2	(13.3%)		
อนุปริญญา	1	(6.6%)	-	-		
ปริญญาตรี	4	(26.6%)	3	(20.0%)		
ศาสนา						
พุทธ	15	(100.0%)	15	(100.0%)		
สิทธิในการรักษา					5.6	0.06
เบิกต้นสังกัด	5	(33.3%)	1	(6.6%)		
ประกันสังคม	6	(60.0%)	4	(26.6%)		
ประกันสุขภาพ	4	(26.6%)	10	(66.6%)		

การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุก ในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 48.2 (*SD* = 5.8) และระยะหลังการทดลองเท่ากับ 96.0 (*SD* = 3.4) และการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 47.7 (*SD* = 9.7) และระยะหลังการทดลองเท่ากับ 57.0 (*SD* = 6.3) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 30)

กลุ่ม	ระยะ	$\bar{x}$	*SD*	ระดับ
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	48.2	5.8	ต่ำ
(n = 15)	หลังการทดลอง	96.0	3.4	สูง
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	47.7	9.7	ต่ำ
(n = 15)	หลังการทดลอง	57.0	6.3	ปานกลาง

ข้อมูลจากแบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของ Dupuy[6]

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t_{28} = -20.9, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง (N = 30)

คะแนนความผาสุก	*n*	$\bar{x}$	*SD*	***t***	***df***	***p*-value**
						(1-Tailed)
กลุ่มทดลอง	15	96.0	3.4			
				-20.9	28	<0.001
กลุ่มควบคุม	15	57.0	6.3			

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยมีประเด็นที่นำมาอภิปรายผล การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่า ในระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด และในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่าการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแบบแผน มีขั้นตอนปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกขั้นตอนในทุกๆ กิจกรรม ที่ผสมผสานการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างครบองค์รวม ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[(5)] สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว และคณะ[2] และงานวิจัยของช่อผกา ปุยขาว[1] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยพัฒนาทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson[5] มาเป็นกรอบแนวคิดในการบูรณาการแล้วนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้านคือ การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีงานความสามารถ และการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อ และศรัทธาของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สรรสนีย์ จันทร์มา[8] พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ความสุข สงบที่เกิดจากการทำความดีซึ่งถือเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านหนึ่งที่ถูกกระทบเนื่องจากผู้ดูแลมักไม่มีเวลาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เวลานาน ถือเป็นบทบาทภาระหน้าที่เกินซึ่งภาระในการดูแลส่งผลให้ญาติเหนื่อยล้า ท้อแท้ต้องเผชิญกับอารมณ์รองรับอารมณ์ของผู้ป่วย อีกทั้ง ผู้ดูแลยังถูกคาดหวังจากบุคคลในครอบครัว กลัวการสูญเสียสิ่งที่มีค่า หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งการให้ความรู้ (Enabling) เกี่ยวกับโรคมะเร็งวิธีการรักษาแบบประคับประคองและการปฏิบัติเพื่อการดูแลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ครอบคลุมในสิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง[9]

การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ลงมือกระทำในสิ่งที่เหมาะสมอย่างมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีอยู่ให้เพิ่มพูน

ยิ่งๆ ขึ้น และให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นจริงมองภาพชัดเจน (Enabling) การประเมินการรับประทานอาหาร มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และให้การพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และวางแผนการพยาบาลตามปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแต่ละรายตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วน และให้การพยาบาลโดยการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ[10] การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เมื่อรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย ทุกข์ทรมานจากโรคร้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะต้องไขว่คว้า ค้นหาแหล่งพักพิงพึ่งพาทางจิตใจ ตามความคิด ความเชื่อและความศรัทธาของแต่ละคนใน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พระศักดิธัช สวโร (แสงธง)[11] พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความคิด ความเชื่อ และความศรัทธาในเรื่องศาสนา การนับถือพระวัดที่มีชื่อเสียงโด่งดัง เครื่องรางสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน โดยมีความเชื่อว่าเมื่อเจ็บป่วย สิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นความหวัง ความศรัทธาที่ใช้ยึดเหนี่ยวทางใจ เชื่อว่าการทำบุญ การได้กราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะทำให้ตนเองรู้สึกมีพลังมีความสุขเหมือนมีที่พึ่ง[12]

การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเผชิญความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด การทบทวนตนเอง และการเข้าใจผู้อื่น การค้นหาคุณค่าของตนเอง ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาว่า เคยประสบผลสำเร็จในชีวิตหรือไม่ การวางแผนชีวิต พบผู้นำชุมชนการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้เขียนถึงความดีหรือความประทับใจต่อเพื่อนสมาชิกที่ร่วมกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการมีเพื่อน และเครือข่ายในสังคมช่วยเหลือกันเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนสุขภาพจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ดูแลดีขึ้น สอดคล้องของ เพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ[13] ที่กล่าวว่า ความเอื้ออาทรมีความหมายลึกซึ้ง เพราะเกิดจากการตระหนักในคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ ซึ่งในยามเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจมากกว่าสิ่งใด หากพยาบาลให้เวลาแก่ผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย และประเมินว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ซึ่งผู้ป่วยต้องการที่จะพูดกับใครสักคน ผู้วิจัยแสดงความห่วงใย พูดคุย ให้กำลังใจ แสดงให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้เห็น ได้รับรู้ว่าผู้วิจัยมีความห่วงใย ความจริงใจที่จะดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจนอกจากนี้ ผลการการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการข้างเคียงต่างๆ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ[14] อยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติ ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุตรหลาน คอยดูแล และให้กำลังใจไม่คิดว่าตนเองเป็นภาระที่ต้องพึ่งพาครอบครัว มีการเข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอ มีการสวดมนต์ขอพร นั่งสมาธิก่อนนอนทุกวัน มีการเตรียมอาหาร น้ำเพื่อใส่บาตรตอนเช้าอย่างสม่ำเสมอ (Maintaining Belief) ผลการวิจัยพบว่า ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไปใช้เป็นแนวทางในสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้อย่างปลอดภัย และก่อให้มีความผาสุก

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำแนวคิดการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำแผนการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยยึดญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นศูนย์กลางของการดูแลสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างแท้จริง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความผาสุกอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. ช่อผกา ปุยขาว, สุรีพร ธนศิลป์, จรรยา ฉิมหลวง.(2562). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, วารสารเกื้อการุณย์. 26(2):93-106.
2. พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม, หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล.(2563). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, วารสารพยาบาลทหารบก 2563;21(2):315-23.
3. เขมจิต มุกดาดี, วรรณา ฉายอรุณ, สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง.(2564). ผลของศิลปะบำบัดต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2564;16(2):150-60.
4. Engelberg, R. A., Downey, L., Wenrich, M. D., Carline, J. D., Silvestri, G. A., Dotolo, D., Curtis, J. R.(2010). Measuring the quality of end-of-life care, Journal of Pain and Symptom Management 2010;39(6):951-71.
5. Swanson, R. A. & Holton III, E. F.(2001). Foundations of Human Resource Development. San Francisco : Berrett-Koehler ; 2001.
6. Dupuy, H. J.(1977). A measuring health : A guide to rating scales and questionnaires. New York : Oxford university press ; 1977.
7. Polit, D. F., & Hungler, B. P.(1999). Nursing research principles and methods. Philadelphia: J.B. Lippincott ; 1999.
8. สรรสนีย์ จันทร์มา.(2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ; 2564.
9. บรรเทิง พลสวัสดี, สำราญ พูลทอง, กิตติยาพร จันทร์ชม, จรูญศรี มีหนองหว้า, ฉัตรวิไล วิบูลย์วิภา.(2560). การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี, วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(5):905-13.
10. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สำลี สาลีกุล, นิภาพร อภิสิทธิวาสนา, มณีรัตน์ เทียมหมอก.(2560). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี, วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2560;33(3):138-45.
11. พระศักดิธัช สวโร (แสงธง).(2562). รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวพระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่, วารสารวิชาการธรรมทรรศน์ 2562;19(2):175-88.
12. Schroeder K, Lorenz K.(2018). Nursing and the future of palliative care, Asia Pac J Oncol Nurs. 2018;5(1):4-8.
13. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(6):1101-11.
14. Yildirim, Y., and Kocabiyik, S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer, Journal of Clinical Nursing 2010;19(5-6):832-39.

ผลของการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้หลา

The impact of giving knowledge and skills to family caregivers on the quality of life of homebound elderly at Ban Mai La sub-district health promoting hospital.

(Received: January 13,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: May 4,2025)

รัชฎา เพชรสี่หมื่น[1] **ธเนศ สังข์ศรี**[2]
Rutchada Phetsimuen[1] **Tanes Sangsri**[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการแทรกแซงด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลที่บ้านและวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จากการทดลองสองกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทดลองทั้งหมด 128 ราย เป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวนละ 64 ราย ตามลำดับ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนละ 32 ราย ตามลำดับ การทดลองใช้ระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้และการสาธิตทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลที่บ้านวัดผลก่อนและหลังด้วยแบบประเมินความรู้และทักษะและวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยเครื่องมือ EQ-5D-5L และ EQ-VAS การศึกษานี้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกในกลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) และจำนวนผู้ดูแลมีทักษะที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น 80% ($p < 0.001$) นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) คือ มีค่า Utility score และค่าคะแนน EQ-VAS เพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ดูแล

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of an intervention that provided caregivers with knowledge and skills training to enhance their home caregiving abilities and measure health-related quality of life among homebound elderly people. It was a two-group experiment in a quasi-experimental research design. This study included 128 samples: 64 caregivers and 64 homebound elderly people, separated into experimental and control groups of each. The 1-month trial consisted of training and demonstration of caregiving skills for home caregivers, pre-and post-tests using knowledge and skills assessments, and health-related quality of life measurements of homebound elderly using the EQ-5D-5L and EQ-VAS instruments. This study showed favorable results in the intervention group, including improved caregiver knowledge ($p < 0.001$) and an 80% ($p < 0.001$) rise in the number of caregivers with correct skills. In addition, the health-related quality of life of homebound elderly rose ($p < 0.001$), with increases in utility scores and EQ-VAS scores.

Keywords: Home-bound elder, health-related quality of life, caregiver

บทนำ

เมื่ออายุมากขึ้นกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะประสบกับสภาวะต่าง ๆ ได้แก่ สูญเสียการได้ยิน ต้อกระจกและสายตาผิดปกติ ปวดหลังและคอ และโรคข้อเข่าเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน ภาวะซึมเศร้า และอาการหลงลืม ในเวลาเดียวกันวัยสูงอายุยังมีลักษณะของภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนหลายอย่างที่เป็นกลุ่มอาการของผู้สูงวัยมักเป็นผลจาก

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้หลา ตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

ปัจจัยพื้นฐานหลายประการรวมถึงความเปราะบางปัสสาวะเล็ด หกล้ม เพ้อ และแผลกดทับ[1] ประเทศไทยมีการเพิ่มอัตราการพึ่งพิงอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home-bound elder) ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยคือการขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลขาดทักษะ และคนในครอบครัวต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงคนในครอบครัวจึงทำให้ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร[2] ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life; HRQoL) ของคนกลุ่มนี้ลดลงและอาจส่งผลด้านลบในระยะต่อไป

กลยุทธ์ที่สำคัญคือการสนับสนุนการฟื้นฟูทางกายภาพให้กับประชากรกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องจากคนใกล้ตัวหรือคนในครอบครัวที่ได้รับความไว้วางใจเป็นตัวแปรสำคัญในการส่งเสริม HRQoL ซึ่งพบว่าในระยะแรกของการดูแลจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นปัจจัยหลัก ดังนั้น การส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลจึงเป็นกลยุทธ์ที่จะต้องดำเนินการเป็นลำดับแรกเนื่องจากความต้องการในด้านการสนับสนุนดูแลต่าง ๆ เช่น การช่วยพยุงเดิน การดูแลด้านอาหารตามหลักโภชนาการ การพยุงเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำหรือชำระร่างกาย การป้องกันแผลกดทับ การดูแลด้านกายภาพที่บ้าน และการจัดรถรับส่งไปพบแพทย์ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีทักษะจากการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข (Care giver) ได้แก่ ทักษะการใส่ NG-tube การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ทักษะการทำแผล ทักษะชำระร่างกายให้สะอาด และทักษะการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น[2, 3] เป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ซึ่งปัญหาของผู้ดูแลในชุมชนที่จะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและปัญหาด้านรายได้น้อยจึงไม่ให้ความสนใจหรือให้ความร่วมมือในการอบรม Caregiver หากปล่อยไว้ระยะยาวจะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL ลดลง จึงจะต้องค้นหาวิธีการเร่งด่วนเพื่อแก้ไขเป็นปัญหาดังนั้น การเข้าแทรกแซงกระบวนการดูแลโดยส่งเสริมผู้ดูแลให้เกิดทักษะและประสบการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นวิธีการที่เห็นผลลัพธ์[2, 3] เช่น การจัดรูปแบบการส่งเสริมเชิงรุกให้กับผู้ดูแลที่บ้านเป็นวิธีการที่ส่งผลลัพธ์ด้านบวกให้กับผู้ป่วยติดบ้านได้อย่างมีนัยสำคัญโดยส่งผลให้ HRQoL ดีขึ้นแม้จะใช้เวลาในการส่งเสริมเพียงแค่ 1 เดือน เท่านั้น[4, 5] สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ[6] ผู้ดูแลจะต้องตระหนักรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุและการส่งเสริมการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ[7, 8]

โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แย่ลงหรืออาการทุพพลภาพจนกลายเป็นผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง จากรายงานวิจัยก่อนหน้าพบว่า HRQoL ของผู้ป่วย Stroke สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L และ EQ-VAS ที่สร้างขึ้นโดย EuroQol Group 5-Dimension (EQ-5D) เป็นแบบประเมินที่ได้นำไปใช้และตรวจสอบแล้วในผู้ป่วย Stroke[9] ผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตและฟื้นฟูสภาพที่บ้านหลังจากระยะเวลา 3 เดือน จะมี HRQoL ลดลง ดังนั้น การกำกับติดตาม HRQoL ของผู้ป่วย Stroke ที่รอดชีวิตจึงใช้เป็นตัวบ่งบอกถึง HRQoL ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังการพักฟื้นที่บ้านและหากไม่มีการช่วยเหลือและส่งเสริมการดูแลจะส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้ยิ่งมีสุขภาพแย่ลงและมีอาการรุนแรงขึ้นบางรายอาจมีอาการแย่ลงจนมีสภาพเป็นผู้ป่วยติดเตียงส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและครอบครัว[10-14]

จากสถิติของตำบลหินหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3,192 ราย[15] มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองเพื่อจัดจำแนกกลุ่มจำนวน 2,146 ราย ด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแล พบว่ามีกลุ่มติดสังคม จำนวน 2,092 กลุ่มติดบ้านจำนวน 32 และกลุ่มติดเตียง 10 คน ตามลำดับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ยังจำเป็นต้องได้รับการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมสังคม ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านไม้หลา ยังพบปัญหาด้านการดูแลเนื่องจากผู้ดูยังขาดทักษะและความชำนาญในมิติต่าง ๆ รวมถึงความมั่นใจในการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลไม่เคยฝึกอบรมในสถานการณ์จริงร่วมกับพยาบาลครอบครัวทำให้ขาด

ความมั่นใจจึงมีผลให้การดูแลเป็นไปอย่างไม่มีคุณภาพ[16] การแก้ปัญหาโดยการจัดการเชิงรุกโดยการเข้าแทรกแซงกระบวนพยาบาลที่บ้านมุ่งเน้นที่ผู้ดูแลเชิงปฏิบัติการเพื่อมุ่งหวังให้มี HRQoL ที่ดีขึ้น[2] จึงเป็นวิธีการที่นำมาทดลองในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหน่วยบริการ รพ.สต. บ้านไม้หลา

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลของการแทรกแซงด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลที่บ้านและวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ออกแบบการทดลองเป็นสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านวัดผลโดยการทดสอบวัดความรู้และประเมินทักษะการดูแลและประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life; HRQoL) ของผู้สูงอายุกล่มติดบ้านของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพสต.บ้านไม้หลา ตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่อาศัยในเขตตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ มีคะแนน Barthel ADL Index (BAI) อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน อยู่ในเขตหน่วยบริการ รพ.สต.ตำบลบ้านไม้หลา จำนวน 32 คน (ข้อมูลวันที่ 24 กรกฎาคม 2566)[17] อาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 128 คน คือ ผู้ดูแล จำนวน 32 คน และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 32 คน[17] คำนวณกลุ่มทดลอง (Case)/กลุ่มควบคุม (Control) เป็น 1:1 ได้กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตบริการของ รพสต. บ้านถลุงทอง จำนวนละ 32 คน ตามลำดับ

เครื่องมือในการทดลอง

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลการทดลองในครั้งนี้ ได้แก่ 1) เครื่องมือเก็บข้อมูลสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย (1) แบบฟอร์มเก็บข้อมูลของผู้ดูแล (2) แบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ เป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่จำนวน 15 ข้อ ซึ่งจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า[3, 18, 19] และ (3) แบบประเมินทักษะการดูแลเป็นแบบประเมินทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันตามกิจกรรมที่ได้ฝึกอบรมเพื่อวัดทักษะการดูแลตามจุดประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ ทักษะการใส่ NG-tube ทักษะการทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ทักษะการทำแผล ทักษะการชำระร่างกายให้สะอาด และทักษะการทำกายภาพบำบัด โดยให้คะแนนตามผลการปฏิบัติงาน คือ 0 = ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูก 1 = ปฏิบัติถูก และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าผลรวมให้คะแนนการผ่านทักษะในการปฏิบัติการแต่ละกิจกรรม[3, 18, 19] 2) เครื่องมือวัด HRQoL สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้เครื่องมือ 2 แบบ คือ EQ-5D-5L และแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale; VAS)[13, 20, 21]

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้และทักษะของผู้ดูแลมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) จากการประเมินของพยาบาลชำนาญ ด้านการพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 3 ท่าน และจากการนำไปทดสอบกับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จำนวน 20 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Kuder Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.80 ส่วน แบบวัดค่า HRQoL ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้เครื่องมือ EQ-5D-5L ที่ขออนุญาตจาก EuroQoL Group ผ่านทางเว็บไซต์ EuroQoL Group (https://euroqol.org/support/how-to-obtain-eq-5d/) และ VAS กำหนดค่า 0-100 โดย 0 แปลผลคือ การมีสุขภาพ ณ ขณะนั้นต่ำที่สุด และ 100 คือ

การมีสุขภาพ ณ ขณะนั้นมากที่สุด โดยแสดงผลเป็นค่าอรรถประโยชน์ (Utility score) เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ โดยค่า utility score เท่ากับ 1 แสดงถึงสุขภาพสมบูรณ์ และ 0 แสดงถึงการเสียชีวิต และ -1 แสดงถึงสภาวะที่แย่กว่าเสียชีวิต (worse than dead) โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha อยู่ระหว่าง 0.69 ถึง 0.9339[22] คำนวณคะแนนอรรถประโยชน์โดยใช้โปรแกรมดาวน์โหลดได้ฟรีที่ http://www.hitap.net/documents/8976240[23]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามกระบวนการที่จัดไว้ตามวัตถุประสงค์การทดลอง และเก็บข้อมูลเป็นรายกรณี ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ เก็บข้อมูลประชากรของผู้ดูแลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้ดูแลทำแบบทดสอบวัดความรู้ (Pretest) ขั้นตอนต่อไป คือ ผู้วิจัยประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแล (ปฏิบัติ) และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทำแบบประเมิน HRQoL โดยใช้แบบเครื่องมือ EQ-5D-5L และ EQ-VAS (ก่อนทดลอง) ขั้นตอนต่อไป คือ ผู้วิจัยทำการฝึกอบรมภาคทฤษฎีโดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ฝึกอบรมภาคปฏิบัติการดูแลด้านทักษะต่างๆ ในสถานการณ์จริง เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง และฝึกจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ ดำเนินการต่อเนื่องตามกระบวนการ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง

กลุ่มควบคุม คือ เก็บข้อมูลประชากรของผู้ดูแลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้ดูแลทำแบบทดสอบวัดความรู้ (Pretest) ขั้นตอนต่อไป คือ ผู้วิจัยประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแล (ปฏิบัติ) และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทำแบบประเมิน HRQoL โดยใช้แบบเครื่องมือ EQ-5D-5L และ EQ-VAS

ระยะหลังทดลอง

ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มทำแบบทดสอบวัดความรู้ (Posttest) และได้รับการประเมินทักษะการดูแล (ปฏิบัติ) ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งสองกลุ่มประเมิน HRQoL ด้วยเครื่องมือ EQ-5D-5L และ EQ-VAS

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลตัวบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นรหัส (Code) แทนการการระบุตัวบุคคลและตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยโปรแกรม R เวอร์ชั่น 4.4.2 (https: //www. r-project. org) แสดงผลเป็นข้อมูลสถิติเบื้องต้น เปรียบเทียบผลการทดลองก่อนหลังด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มสองกลุ่มด้วยด้วยสถิติ t-test (t-independent) กำหนดความน่าเชื่อถือที่ระดับ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการอนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ภายใต้เอกสารรับรองเลขที่ E-17/2567

ผลการทดลอง

ลักษณะประชากร

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมมีอัตราส่วนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (กลุ่มทดลอง 84.4%และกลุ่มควบคุม 71.9%) มีอายุเฉลี่ย 55.56 $\pm$ 12.09 (Q1 = 51.25, Q3 = 61.25) และ 54.38 $\pm$ 12.58 (Q1 = 47, Q3 = 62) ตามลำดับ มีคู่สมรส (59.4% และ 84.4%) มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (53.1% และ 46.9%) เป็นผู้อาศัยในครอบครัว (78.1% และ 75%) มีอาชีพทำการเกษตร (31.2% และ 34.4%) มีรายได้ $\geq$ 5,000 บาท (68.8% และ 50%) ไม่มีโรคประจำตัว (59.4% และ 65.6%) สามารถให้เวลาในการดูแลได้มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (90.6% และ 71.9%) และความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรหลาน (84.4% และ 75%) จากการวิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่าประชากรของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนกันจึงเป็นกลุ่มประชากรที่เหมาะในการนำมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อวัดผลของโปรแกรมในการศึกษานี้

ผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ดูแล

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ดูแลหลังจากการทดลองเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าความรู้ของผู้ดูแลปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) ในขณะเดียวกันความรู้ของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมไม่มีผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ($p = 0.856$)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังทดลอง (n=64)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
ก่อนทดลอง	12.59 ± 1.93	12.53 ± 1.22
หลังทดลอง	14.03 ± 0.69	12.50 ± 1.22
Paired t-test	$p < 0.001$	$p = 0.856$

ผลลัพธ์ด้านทักษะการดูแล

ผลลัพธ์ด้านทักษะการดูแลพบว่าหลังจากที่ผู้ดูแลเข้าร่วมทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ในการฝึกทั้ง 5 ทักษะดังแสดงในตารางที่ 2 ผลลัพธ์ที่ได้พบว่าจำนวนผู้ดูแลร้อยละ 80 ผ่านการประเมินทักษะแต่ละด้าน ($p < 0.001$) ในขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ผ่านการประเมินทักษะแต่ละด้านมีจำนวนไม่เกินร้อยละ 50 เท่านั้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ดูแลที่ผ่านการประเมินทักษะการดูแลก่อนและหลังทดลอง (n=64) ด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired *t*-test

ทักษะ	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)
การใส่ NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง	ก่อนทดลอง	1	4
	หลังทดลอง	27	4
	p-value	< 0.001	1.000
การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ	ก่อนทดลอง	0	2
	หลังทดลอง	26	0
	p-value	< 0.001	0.1606

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ดูแลที่ผ่านการประเมินทักษะการดูแลก่อนและหลังทดลอง (n=64) ด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired *t*-test (ต่อ)

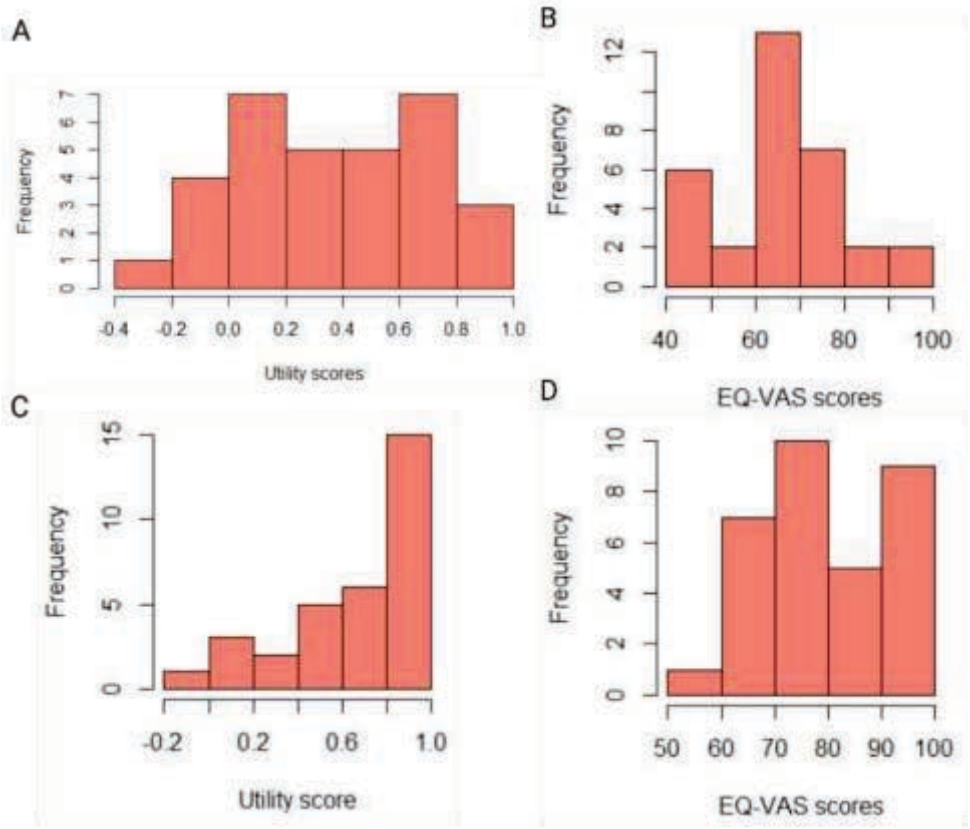
ทักษะ	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)
การทำแผล	ก่อนทดลอง	2	4
	หลังทดลอง	28	4
	p-value	< 0.001	1.000
การทำความสะอาด	ก่อนทดลอง	3	15
	หลังทดลอง	27	15
	p-value	< 0.001	1.000
การทำกายภาพบำบัด	ก่อนทดลอง	9	10
	หลังทดลอง	27	10
	p-value	< 0.001	0.5853

ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

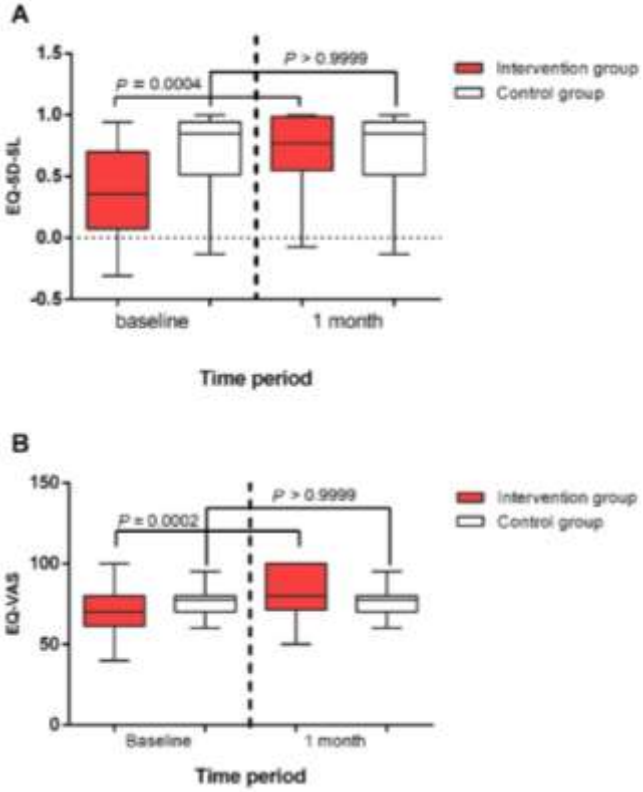
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQoL) แปลผลมาจากการประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งแสดงผลเป็นค่า Utility score และค่าคะแนน EQ-VAS พบว่าก่อนเข้าร่วมทดลองผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้มีค่า Utility score เฉลี่ยเท่ากับ 0.37 ± 0.34 และมีค่า EQ-VAS เฉลี่ยเท่ากับ 69.84 ± 13.94 โดยการกระจายของค่า Utility score และค่า EQ-VAS ไปทางซ้ายแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL ต่ำ ในทางกลับกันหลังจากระยะเวลา 1 เดือน ค่า Utility score เพิ่มขึ้นเป็น 0.68 ± 0.33 (p = 0.0004) และมีค่า EQ-VAS เพิ่มขึ้นเท่ากับ 83.75 ± 13.20 (p = 0.0002) โดยมีการกระจายของค่า Utility score และค่า EQ-VAS เบ้ไปทางขวา แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL ที่ดีขึ้น (ภาพที่ 1 และ 2) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าหลังจากผ่านไป 1 เดือน ไม่มีพบการการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (ภาพที่ 2)

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นครั้งแรกของการศึกษาเชิงทดลองในการเข้าแทรกแซงเชิงรุกโดยใช้รูปการพยาบาลให้กับผู้ดูแลในชุมชนของตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งบรรลุเป้าหมายในการแทรกแซงด้วยกระบวนการพยาบาลเชิงรุกที่มุ่งเน้นที่ผู้ดูแลเป็นหลักด้วยการเสริมความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้อง ผลลัพธ์ในงานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระยะยาวและอาจนำไปใช้ในพื้นที่ชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อปรับเปลี่ยนให้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ในที่สุด



ภาพที่ 1 (A และ B) แสดงค่า Utility score จากการประเมินด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L และค่าคะแนน EQ-VAS ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนการทดลอง (n = 32) ตามลำดับ; (C และ D) แสดงค่า Utility score และค่าคะแนน EQ-VAS ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการทดลอง (n = 32) ตามลำดับ



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-5D-5L (A) และค่าคะแนนเฉลี่ย EQ-VAS (B) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังการทดลองระยะเวลา 1 เดือน

คำอธิบายที่เป็นไปได้ คือ รูปแบบการสอนแบบพบหน้าและการฝึกทักษะแบบสาธิตที่ให้กับผู้ดูแลที่บ้านซึ่งเป็นการสอนให้ปฏิบัติและทำตามคำแนะนำที่สามารถให้คำชี้แนะข้อผิดพลาดและสอบถามข้อสงสัยได้ในทันทีและมีการโต้ตอบกันระหว่างผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นต่าง ๆ ที่ยังเป็นข้อสงสัยได้แก้ไขอย่างทันท่วงทีและเกิดความมั่นในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น และเป็นผลสืบเนื่องให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี HRQoL เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทักษะในการดูแลที่บ้านเป็นตัวแปรหลักของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมิติต่างๆ ที่เป็นตัวกำหนดการฟื้นตัวที่อาศัยความใส่ใจและความต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังอาศัยการตัดสินใจคาดการณ์ล่วงหน้าในการปฏิบัติด้านต่างๆ ที่จำเป็นต่อการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มนี้ในระยะยาว ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาโปรแปรมที่สามารถใช้เป็นกลยุทธ์ในรูปแบบบูรณาการเชิงรุกที่ง่ายต่อการนำไปใช้บริการด้านสุขภาพในบริบทท้องถิ่น

กลุ่มผู้ดูแลที่อาศัยในตำบลหินตกส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงเป็นหลักซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มากกว่าเพศชายแต่อย่างไรก็ตามหากไม่ได้รับการเพิ่มพูนทักษะก็ไม่มีผลในทางบวกต่อระดับ HRQoL ที่แสดงให้เห็นในผลลัพธ์ของกลุ่มควบคุมในการทดลองครั้งนี้ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถให้เวลาในการดูแลตั้งแต่ 12 ถึง 24 ชั่วโมง เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกันเนื่องจากการอยู่กับประชากรกลุ่มนี้เป็นเวลานานทำให้เกิดความเชื่อใจในตัวของผู้ดูแลและมีความรู้สึกเป็นที่พึ่งได้ตลอดเวลาทำให้เกิดกำลังใจไม่คิดว่าถูกทอดทิ้งด้วยการเคียงข้างตลอดเวลาโดยไม่ปล่อยให้อยู่เพียงลำพัง[5] จากการสังเกตพบว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองผู้ดูแลมีความเครียดเนื่องจากรายได้ของครอบครัวที่ต่ำและจะต้องรับจ้างทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยเหลือหัวหน้า

ครอบครัวผนวกกับการดูแลที่ต้องทำไปพร้อมกัน แต่หลังจากได้รับการช่วยเหลือจากงานวิจัยครั้งนี้ทำให้รู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น การจัดการแทรกแซงด้วยการพยาบาลที่มีแผนการที่มีเอกสารและการช่วยเหลือและส่งเสริมผู้ดูแลตามทักษะต่าง ๆ เป็นวิธีการที่มีผลสมฤทธิ์เป็นอย่างมาก[5, 6, 8, 13, 19, 24-30] นอกจากนี้ ยังช่วยแก้ไขปัญหาการรับรู้ข้อมูลด้วยตนเองได้น้อยและความต้องการการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกรณีที่ผู้ดูแลมีจบการศึกษาเพียงชั้นประถม ซึ่งการจัดโปรแกรมเชิงรุกในการให้การศึกษาแก่ผู้ดูแลเพื่อทำความเข้าใจและให้คำแนะนำโดยตรงขณะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าหมายมากขึ้น[31] เช่นเดียวกับการทดลองที่จัดทำให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และผู้ป่วย Stroke ซึ่งสามารถเพิ่มระดับความรู้ได้จากการสนับสนุนข้อมูลควบคู่ไปกับการสาธิต[5, 32] สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ในครั้งนี้ที่ผู้ดูแลได้ฝึกฝนทักษะการใส่ NG-tube การทำแผล การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การดูแลความสะอาดร่างกาย และการทำกายภาพบำบัดเป็นรูปแบบการสอนแบบรายบุคคลและทบทวนให้เห็นถึงความสำคัญขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบมาตรฐานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดและเห็นผลลัพธ์ของการแทรกแซงในการเสริมพลังความไว้วางใจในการดูแล[26, 33, 34]

การให้ความรู้เป็นการปูพื้นฐานที่ทำให้ผู้ดูแลนำไปพัฒนาทักษะการดูแลด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องและพัฒนาตนเองได้อย่างรวดเร็วและทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นเดียวกันผลลัพธ์ของงานวิจัยก่อนหน้า[24] จากการถอดบทเรียนผลลัพธ์ที่ได้ในครั้งนี้ทำให้เห็นประสิทธิผลของการแทรกแซงด้วยกระบวนการพยาบาลเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดอบรมที่บ้านของผู้ดูแลเป็นส่งเสริมและสนับสนุนสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานและที่สำคัญคือการได้เรียนรู้ในขณะที่มีพยาบาลคอยให้คำแนะนำเป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์โดยใช้เวลาในระยะสั้นเท่านั้น เช่นเดียวกับงานวิจัยก่อนหน้าที่สามารถเปลี่ยนผู้สูงอายุติดบ้านให้กลายเป็นติดสังคมได้[30] และผู้ดูแลมีคุณสมบัติ Caregiver ได้อย่างมีศักยภาพ[27, 35-37] เป้าหมายการดูแลจึงมุ่งเน้นไปในด้านของสุขภาพร่างกายเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลด้านลบ ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้พบว่ากระบวนทดลองที่ใช้ในครั้งนี้สามารถเปลี่ยนระดับ HRQoL ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้เพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญโดยใช้เวลาเพียง 1 เดือนเท่านั้น เช่นเดียวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในงานวิจัยของทัศนีย์ และคณะ[5] ที่ใช้ระยะเวลา 1 เดือน สามารถเพิ่ม HRQoL ของผู้ป่วย Stroke อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยที่มีการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลส่งผลลัพธ์ด้านบวกให้กับผู้สูงอายุที่เป็น Stroke[38] ผลลัพธ์เหล่านี้เป็นตัวสะท้อนให้เห็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลง HRQoL ของประชากรกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องจะช่วยภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[25, 29]

ผลของการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตบริการ รพสต. บ้านไม้หลาในการดูแลประชากรกลุ่มนี้ให้กลับฟื้นคืนสุขภาพได้ที่บ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปกลับเข้าสู่สังคมได้เป็นปกติและคืนความมั่นใจให้กับผู้ดูแลและเป็นการป้องกันภาวะเสี่ยงของการมีสุขภาพที่แย่ลงที่เกิดจากการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพสามารถนำกระบวนการดูแลที่สร้างขึ้นในครั้งไปปรับใช้ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้เป็นเพียงข้อมูลบางส่วนจากกลุ่มประชากรในพื้นที่ตำบลหินตกเท่านั้นโดยการวัดความสามารถของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลในระยะ 1 เดือน เท่านั้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อผลต่อตัวแปรด้านสุขภาพในระยะกลางและระยะยาว ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทที่เข้มข้นมากขึ้นตามอาการและระยะเวลาที่ต้องใช้ใน

การดูแลเพื่อการฟื้นตัวในขณะที่ผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เพื่อผลสัมฤทธิ์อย่างถาวรควรมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวทั้งส่วนของผู้ดูแลโดยมุ่งเน้นด้านทักษะเกี่ยวกับการดูแลและการติดตามผลลัพธ์ด้าน HRQoL ของผู้สูงอายุติดบ้านด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L และ EQ-VAS และการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรอื่นๆ เช่น ระดับความเครียดของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่มีประโยชน์มากขึ้นและเป็นข้อเสนอแนะต่อนโยบายด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นที่บุคคลเป็นสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการ รพ.สต. บ้านไม้หลา และบ้านถลุงทอง ในการอนุญาตให้ทำวิจัยในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ช่วยติดต่อกับชุมชน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.Konishi T, Sasabuchi Y, Matsui H, Tanabe M, Seto Y, Yasunaga H.(2023). Long-Term Risk of Being Bedridden in Elderly Patients Who Underwent Oncologic Surgery: A Retrospective Study Using a Japanese Claims Database. Ann Surg Oncol. 2023.

2.Jarujit S AR, Prachano W.(2019). Home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. Journal of Phrapokklao Nursing Colle. 2019;30(1):54-68.

3.พิณทิพย์ จำปาพงษ์.(2561). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(3):85-92.

4.Bekdemir A, Ilhan N.(2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. J Nurs Res. 2019;27(3):e24.

5.ทัศนีย์ เวทยาวงศ์กุล, ศิริธัญญ์ ตัญบุญยกิจ, ธเนศ สังข์ศรี.(2567). ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):10-20.

6.ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ฆนรส อภิญญาลังกร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, นิมัสตูรา แว.(2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(3):300-310.

7.Boonles P, Proarak T, Thaewpia S.(2016). Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province (in Thai). Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen. 2016;23(2):79-87.

8.Reckrey JM, Zhao D, Stone RI, Ritchie CS, Leff B, Ornstein KA.(2023). Use of Home-Based Clinical Care and Long-Term Services and Supports Among Homebound Older Adults. J Am Med Dir Assoc. 2023.

9.de Graaf JA, Kuijpers M, Visser-Meily J, Kappelle LJ, Post M.(2020). Validity of an enhanced EQ-5D-5L measure with an added cognitive dimension in patients with stroke. Clin Rehabil. 2020;34(4):545-550.

10.Cho KA, Cheng MH, Shih WM, Chen SC.(2023). Factors associated with health-related quality of life in gynaecologic cancer survivors with lower limb lymphedema: a cross-sectional study in Taiwan. BMC Womens Health. 2023;23(1):200.

11.Lee H, Kim JS.(2023). Factors Affecting the Health-Related Quality of Life of Cancer Survivors According to Metabolic Syndrome. Cancer Nurs. 2023;46(4):294-302.

12.Manne S, Devine K, Hudson S, Kashy D, O'Malley D, Paddock LE, et al.(2023). Factors associated with health-related quality of life in a cohort of cancer survivors in New Jersey. BMC Cancer. 2023;23(1):664.

13.Mei YX, Zhang ZX, Wu H, Hou J, Liu XT, Sang SX, et al.(2022). Health-Related Quality of Life and Its Related Factors in Survivors of Stroke in Rural China: A Large-Scale Cross-Sectional Study. Front Public Health. 2022;10:810185.

14.Wong HJ, Lua PL, Harith S, Ibrahim KA.(2021). Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: a cross sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2021;19(1):210.

15.Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office.(2023). Health data center: 10 screenings for the elderly [updated 2023 Sep 30; cited 2024 Jan 12]. Available from: https://nrthdcmophgoth/hdc/reports/reportphp?source=pformated/format1php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61

16.กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข.(2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). 2560.

17.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) [อินเทอร์เน็ต]. (ข้อมูลวันที่ 24 กรกฎาคม 2566). เข้าถึงได้จาก: https://ltcnewnhsogoth/ListCarePlanAll.

18.Butimal P, Isaramalai S, R., Thaniwattananon P.(2018). Development of Nursing Practice Guideline for Preventing Complications in Bed-Bound Elders at Home. Songklanagarind Journal of Nursing. 2018;38(3):79-91.

19.นาคกุล ณ.(2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2018:36-50.

20.Hunger M, Sabariego C, Stollenwerk B, Cieza A, Leidl R.(2012). Validity, reliability and responsiveness of the EQ-5D in German stroke patients undergoing rehabilitation. Qual Life Res. 2012;21(7):1205-1216.

21.Luo N, Li M, Liu GG, Lloyd A, de Charro F, Herdman M.(2013). Developing the Chinese version of the new 5-level EQ-5D descriptive system: the response scaling approach. Qual Life Res. 2013;22(4):885-890.

22.Buchholz I, Janssen MF, Kohlmann T, Feng YS.(2018). A Systematic Review of Studies Comparing the Measurement Properties of the Three-Level and Five-Level Versions of the EQ-5D. Pharmacoeconomics. 2018;36(6):645-661.

23.Pattanaphesaj J.(2014). Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]. Mahidol University. 2014.

24.Jumpapong P.(2018) Development of bed bound elder care process by family nurses, and participation of family and community party network at Bangpakong districts, Bangpakong, Chachoengsao. MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL. 2018;15:85-92.

25.Kwon S, Park JH, Kim WS, Han K, Lee Y, Paik NJ.(2018). Health-related quality of life and related factors in stroke survivors: Data from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) 2008 to 2014. PLoS One. 2018;13(4):e0195713.

26.Robrujen S.(2017). Development of the Elderly Care Model for Elderly Caregivers, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. Princess of Naradhiwas Universsity Journal. 2017;9(3):57-69 (in Thai).

27.Supaporn K, Isaramalai SA, Chuchuen U, Manee P.(2023). Effectiveness of home-based palliative care programmes for older people and their family caregivers in Thailand. Int J Palliat Nurs. 2023;29(11):518-526.

28.Waller A, Forshaw K, Bryant J, Carey M, Boyes A, Sanson-Fisher R.(2015). Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: A systematic review of volume and quality of research output over time. Patient Educ Couns. 2015.

29.Yeoh YS, Koh GC, Tan CS, Tu TM, Singh R, Chang HM, et al.(2019) Health-related quality of life loss associated with first-time stroke. PLoS One. 2019;14(1):e0211493.

30.สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, สุมัทนา กลางคาร, รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(3):17-29.

31.Chambers SK, Girgis A, Occhipinti S, Hutchison S, Turner J, McDowell M, et al.(2014). A randomized trial comparing two low-intensity psychological interventions for distressed patients with cancer and their caregivers. Oncol Nurs Forum. 2014;41(4):E256-266.

32.Beaver K, Williamson S, Sutton C, Hollingworth W, Gardner A, Allton B, et al.(2017). Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trial): a randomised, multicentre, non-inferiority trial. BJOG. 2017;124(1):150-160.

33.Mosher CE, Winger JG, Hanna N, Jalal SI, Einhorn LH, Birdas TJ, et al.(2016). Randomized Pilot Trial of a Telephone Symptom Management Intervention for Symptomatic Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers. J Pain Symptom Manage. 2016;52(4):469-482.

34.Sun V, Raz DJ, Ruel N, Chang W, Erhunmwunsee L, Reckamp K, et al.(2017). A Multimedia Self-management Intervention to Prepare Cancer Patients and Family Caregivers for Lung Surgery and Postoperative Recovery. Clin Lung Cancer. 2017;18(3):e151-e159.

35.Cruz-Oliver DM, Ellis K, Sanchez-Reilly S.(2016). Caregivers Like Me: An Education Intervention for Family Caregivers of Latino Elders at End-of-Life. MedEdPORTAL. 2016;12:10448.

36.Fleisher JE, Suresh M, Klostermann EC, Lee J, Hess SP, Myrick E, et al.(2023). IN-HOME-PDCaregivers: The effects of a combined home visit and peer mentoring intervention for caregivers of homebound individuals with advanced Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord. 2023;106:105222.

37.สุกัญญา วัฒนประไพจิตร, สุมัทนา กลางคาร, รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์.(2019). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2019;5(3):17-29.

38.Takemasa S, Nakagoshi R, Uesugi M, Inoue Y, Gotou M, Koeda H, et al.(2016). Factors affecting the quality of life of homebound elderly hemiparetic stroke patients with cognitive impairment. J Phys Ther Sci. 2016;28(12):3376-3379.

ประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

Effectiveness of rehabilitation of stroke patients in the middle stage with Thai traditional medicine.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

ปราณี งามตา[1]
Pranee Ngamta[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีวัตถุประสงค์:เพื่อศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอด เลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care of stroke patients) ในเขตอำเภอเมืองยโสธร ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลยโสธร หรือแพทย์ให้กลับไปพักฟื้นที่บ้านในเขตอำเภอเมืองยโสธร หลังจากได้รับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันพ้นระยะวิกฤติ ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 10 คนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยวิธีการนวดฟื้นฟูวันเว้น 2 วัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวม 7 ครั้ง และนัดรักษาฟื้นฟูต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 3 อีก 2 ครั้ง เพื่อติดตามผล รวมการรักษาฟื้นฟูทั้งหมด 9 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel index) แบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง และการประเมินระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) การเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาใช้ Paired t - test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและชายมีจำนวนเท่ากัน อายุเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย= 68.40, SD. = 12.86) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนมาก< 6 เดือน ร้อยละ 70 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการเกิดโรค = 3.3เดือน, S.D. = 2.002 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยวิธีการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรร้อยละ 100 จากการเปรียบเทียบกำลังของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับ motor power ก่อนการทดลอง (S.D.) 3(0.82) ส่วนค่าเฉลี่ย motor power หลังการทดลอง (S.D.)คือ3.9(0.78) การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05 การประเมินระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อก่อนการทดลอง (S.D.) 3.75(1.27) และค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อหลังการทดลอง (S.D.) คือ1.55(0.956) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05 การประเมินผลค่า ADL ก่อนการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ADL (S.D.) คือ 11.1(3.12) และหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ADL (S.D.) คือ 13 (4.13) การประเมินผลค่า ADL ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพ โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ศาสตร์การแพทย์แผนไทย

Abstract

The study of the effectiveness of rehabilitation for intermediate-stage stroke patients with Thai traditional medicine aimed to study the effect of rehabilitation for intermediate-stage stroke patients with Thai traditional medicine on increasing the ability to perform daily activities and muscle strength of stroke patients. This was a quasi-experimental research with a single group, with pre- and post-test results. The sample consisted of 10 intermediate-stage stroke patients in Mueang Yasothon District who were admitted to Yasothon Hospital or sent home to recuperate after receiving treatment from modern medicine for no more than 6 months. They received rehabilitation by massage therapy every other day for 2 consecutive weeks, totaling 7 times, and were scheduled for 2 more

[1] แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลยโสธร

rehabilitation treatments in the 3rd week for follow-up, totaling 9 rehabilitation treatments. Data were collected using the Barthel index, the Motor power assessment form for patients with weak limbs, and the assessment of muscle pain and stiffness. Data were analyzed using descriptive statistics and frequency distribution. (Frequencies) and percentage statistics (Percentage) before and after treatment comparisons used Paired t - test.

The results of the study found that the number of female and male samples was equal. The mean age was (= 68.40, SD. = 12.86). The duration of illness was mostly < 6 months (70%). The mean duration of the disease was = 3.3 months, S.D. = 2.002. All samples were treated with massage and herbal compress (100%). From the comparison of muscle power before and after the experiment, it was found that the mean motor power level before the experiment (S.D.) was 3(0.82), while the mean motor power level after the experiment (S.D.) was 3.9(0.78). The assessment of muscle power before and after the experiment was significantly different at p< 0.05. The assessment of pain level before and after the experiment found that The mean score of muscle stiffness before the experiment (S.D.) was 3.75 (1.27) and the mean score of muscle stiffness after the experiment (S.D.) was 1.55 (0.956), which were statistically significantly different at p< 0.05. The evaluation of ADL values before the experiment found that the mean score of ADL (S.D.) was 11.1 (3.12) and after the experiment found that the mean score of ADL (S.D.) was 13 (4.13). The evaluation of ADL values before and after the experiment were statistically significantly different at p< 0.05.

Keywords: Rehabilitation, Middle-stage cerebrovascular disease, Thai traditional medicine

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular disease, stroke)เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกเนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยมีแนวโน้มผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโรค(WHO)คาดการณ์ว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 15 ล้านคนและ5 ล้านคนพิการถาวร(World Stroke Organization.2020) องค์การอัมพาตโลก(World Stroke Organization) ได้รายงานสาเหตุการตายของโรคหลอดเลือดสมองในปีที่ผ่านมาทั่วโลกพบมีผู้ป่วย 13.7 ล้านคน โดย 1 ใน 4 มีอายุ 25 ปีขึ้นไป เสียชีวิต 5.5 ล้านคนและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 6.7 ล้านคนต่อปีสถานการณ์ในประเทศไทย ปี2560-2562 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1ในเพศชายและอันดับ2 ในเพศหญิงรายงานสถิติสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2558-2562 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข[1]พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น43.3 48.7 47.8 47.1 และ 53.0 ตามลำดับ จาก รายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอด เลือดสมองท้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อ ประชากรแสนคน) เป็นเพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) เพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็น ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817คน (ร้อยละ 69)ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปีโดยในแต่ละปีตั้งแต่2560-2563 พบผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง 479, 534, 588 และ 645 ต่อ ประชากรแสนคนตามล าดับ เช่นเดียวกับอัตราตาย ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตรา ตายจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[2]

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนให้การ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการ ดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และชมรมหัวหน้า กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้เห็นความสำคัญและโอกาสในการที่จะนำการแพทย์แผนไทย เข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง

(Intermediate Care) ซึ่งเป็น อาการที่การแพทย์แผนไทย มีศักยภาพสามารถดำเนินการได้อย่างโดดเด่น โดยในระยะเริ่มต้นมีแนวคิดที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีสภาวะของโรค อาการที่เกี่ยวข้อง กับการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น มุมปากตก ลิ้นกระด้าง คางแข็ง พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ฯลฯ และได้ร่วมกันจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีสภาวะของโรคและอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของกล้ามเนื้อมัดเล็ก ให้แพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ใช้เป็นแนวทางในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดจนการบูรณาการเชื่อมโยงบริการแพทย์แผนไทยกับ สหวิชาชีพในการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู สุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[3]

แพทย์แผนไทยนับเป็นบุคลากรหนึ่งในสหวิชาชีพของระบบบริการ สุขภาพ มีบทบาทของการประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำ ต่อมนุษย์ที่เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย การบำบัด การรักษา และการป้องกันโรค การแนะนำ รวมถึงการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การแพทย์ พื้นบ้านไทย และองค์ความรู้ด้านอื่น ๆ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทยเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความพร้อม และมีบทบาทสำคัญในการที่จะเป็นส่วนร่วมการขับเคลื่อน นโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ซึ่งเป็นระบบการดูแลรักษาที่มีเป้าหมายผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุขได้อีกทางหนึ่ง กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้เห็นความสำคัญและโอกาสในการที่จะนำการแพทย์แผนไทยให้เข้ามา มีบทบาท และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระกลางด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไว้เป็นแนวทาง[3] จึงได้กำหนดตัวชี้วัดร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลางได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลยโสธร มีหน้าที่ปฏิบัติงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญและมีการขับเคลื่อนระดับชาติ จากสถิติข้อมูลเวชระเบียนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในโรงพยาบาลยโสธร ปี 2565-2567 มีจำนวน 1,324, 1,416, 1,436 รายตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลางในเขตอำเภอเมืองจำนวน 27,31,36 รายตามตามลำดับ[4] จากปัญหาดังกล่าวและเพื่อสนองตอบนโยบายกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ประสิทธิผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (IMC) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อผสมผสานในการดูแลสุขภาพประชาชนทางเลือก ลดความพิการและภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลางในระยะ 6 เดือนหลังได้รับการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

2. เปรียบเทียบ กำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) และความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน (BI) ก่อนและหลังการได้รับการฟื้นฟู

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (One group pre-test post-test design) ที่ผู้วิจัยมีการควบคุมปัจจัยและสภาวการณ์ที่ศึกษา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care of stroke patients) ในเขตอำเภอเมืองยโสธร ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลยโสธร หรือแพทย์ให้กลับไปพักฟื้นที่บ้านในเขตอำเภอเมืองยโสธร หลังจากได้รับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันพ้นระยะวิกฤติ ไม่เกิน 6 เดือน ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2567 – เมษายน 2568 จำนวน 10 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างเลือกตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากประชากรเป้าหมาย มีการประเมิน ก่อนและหลังการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองชนิดหลอดเลือดตีบก็หรือมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง(Stoke Intermediate care ไม่เกิน 6 เดือน อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง ระหว่างเดือน ตุลาคมคม 2567 – มีนาคม 2568 ใช้วิธีการหาขนาดตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คัดเข้า - คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยโรคหลอด เลือดสมองระยะกลาง และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในเขตอำเภอเมืองยโสธร เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีข้อห้ามในการนวด 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีค่า BI > 11 5) ไม่มีการแพ้สมุนไพรหรือเส้นเลือดเปราะแตกง่าย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีโรคผิวหนังที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้อน 3) ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ 5) มีข้อห้ามในการนวด เช่น ติดเชื้อมีไข้ มีภาวะความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

วิธีและขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเปรียบเทียบการกำลังของกล้ามเนื้อและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดยโสธร จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ประเมินผลก่อนและหลังการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีวิธีและขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตทำโครงการวิจัยจากผู้บริหาร โรงพยาบาลยโสธร

2. เสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร

3. ประชุมคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ และแพทย์แผนไทย

4. ดำเนินการทำโครงการวิจัย

4.1 หาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร

4.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า

4.3 ซักประวัติตรวจร่างกายประเมิน Barthal Index ก่อนการฟื้นฟูและหลังการฟื้นฟูเดือนละ 1 ครั้ง

4.4 อาสาสมัครที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 10 คนจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในงานแพทย์แผนไทยศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมืองเครือข่ายโรงพยาบาลยโสธรหรือในชุมชน การฟื้นฟูด้วยวิธีการนวดฟื้นฟู

การประคบสมุนไพร ดังนี้ การนวดและการประคบสมุนไพร การนวดฟื้นฟูวันเว้น 2 วัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวม 7 ครั้ง ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 นัดนวดฟื้นฟูต่อเนื่อง 2 ครั้ง รวมการฟื้นฟูทั้งหมด 9 ครั้ง โดยนวดครั้งละ 45 นาที ร่วมกับการประคบสมุนไพร 15 นาที ในระยะแรกเป็นการนวดการนวดสัมผัสเพื่อกระตุ้นความรู้สึกต่อด้วยการนวดฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูกำลังของกล้ามเนื้อกระตุ้นการไหลเวียนและการนวดแก้อาการติดขัดของข้อต่อ ตามการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อผู้ป่วยแต่ละราย และการให้คำแนะนำในการฝึกกำลังของกล้ามเนื้อและ การเสริมกำลังใจ (Empowerment) ให้กับญาติและคนไข้

4.5 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปประเมินผลการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การนวดฟื้นฟู การประคบสมุนไพรและการจ่ายยาสมุนไพร ดังนี้

1. การนวดฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตแบบราชสำนักทั่วร่างกาย เน้นข้างที่เป็น ดังนี้

1) นวดพื้นฐานขา 2 ข้างที่ เน้นจุดข้อเท้า เปิดประตูลม

2) นวดพื้นฐานขาด้านนอก นวดสัญญาณ 1-5 หลัง

3) นวดพื้นฐานขาด้านนอก นวดสัญญาณ 1 - 5 ขาด้านนอก (ส.2 ขานอกนวดด้วยความระมัดระวัง)

4) นวดพื้นฐานขาด้านใน นวดสัญญาณ 1-5 ขาด้านใน 4. นวดสัญญาณ 1 2 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ

5) นวดพื้นฐานแขนด้านใน ตามด้วยสัญญาณ 1-5 แขนด้านใน

6) นวดพื้นฐานแขนด้านนอก ตามด้วยสัญญาณ 1-5 แขนด้านนอก

7) นวดพื้นฐานท้องท่าแหวก - ท่านาบ ตามด้วยสัญญาณ 1-5 ท้อง

8) นวดพื้นฐานบ่า ตามด้วยสัญญาณ 1- 5 หัวไหล่ (ส. 4 หัวไหล่นวดอย่างระมัดระวัง)

9) การนวดโค้งคอ และนวดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้าและศีรษะด้านหลัง

2. การประคบสมุนไพร ใช้เวลา 15 นาที การใช้สมุนไพรหลายอย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยโดยนำมานึ่งให้ร้อนประคบบริเวณที่ปวดหรือเคล็ดขัดยอก เช่น เข่า ซึ่งเป็นน้ำมันหอมระเหยเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออกมา ความร้อนจากลูกประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และยังมีสาระสำคัญจากสมุนไพรบางชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนัง ช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก และปวดได้

เครื่องมือในการประเมินผลและเก็บข้อมูลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของเนื้อหา วัตถุประสงค์ของการวิจัยและตัวแปรที่ต้องการจะศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประวัติการรักษาฟื้นฟู และข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power)

Glade 5 กำลังของกล้ามเนื้อปกติ เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่ ต้านแรงโน้มถ่วงได้และต้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่

Glade 4 เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่ ต้านแรงโน้มถ่วงได้ และต้านแรงผู้ตรวจได้บ้าง

Glade 3 เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่ สามารถต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ไม่สามารถต้านแรงของผู้ตรวจได้

Glade 2 เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วง

Glade 1 สามารถมองเห็นการหดตัวของกล้ามเนื้อแต่ไม่มีการเคลื่อนไหว

Glade 0 ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเจ็บปวดตึงกล้ามเนื้อด้วยมาตรวัดความปวดแบบ เฟเชียล สเกล (Facial Scale) ก่อนการรักษาและหลังการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยใช้ค่าคะแนนความปวด มีระดับการปวดทั้งหมด 6 ระดับ ดังนี้ คือ ระดับ 0 คือ ไม่ปวด ระดับ 1-2 คือ ปวดเล็กน้อย ระดับ 3-4 คือ ปวดปานกลาง ระดับ 5-6 คือ ปวดมาก ระดับ 7-8 คือ ปวดมากที่สุด ระดับ 9-10 คือ ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ โดยที่มีลักษณะใบหน้าที่มีการเปลี่ยนแปลงตามอาการความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเอง และผู้ศึกษาจดบันทึกก่อนการรักษาครั้งที่ 1และหลังการรักษาครั้งที่ 3 เพื่อประเมินความแตกต่าง (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,2562)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีการประเมินผลคือ

0-4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ: very low initial score, total dependence
5-8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
9-11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severs dependence
12-20 คะแนน	ไมเปนการพึ่งพา : intermediate high, mildly severs dependence, consideration of discharging home

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรง (Reliability)เพื่อให้แบบสอบถามมีความถูกต้องสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านพิจารณาตรวจสอบว่ามีความถูกต้องความครอบคลุมครบถ้วน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ตรงตามกรอบแนวคิดการใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไปให้ถูกต้อง ความเที่ยง (Validity)ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 10 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่า ความเชื่อมั่น(Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (alpha coefficient ; α) ของ Cronbach สำหรับผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.913 สำหรับความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนมีดังนี้ ส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เท่ากับ 0.924 ส่วนที่แบบประเมินการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน (activity daily living) เท่ากับ 0.902 ผลโดยรวมมากกว่า 0.7 แสดงว่า แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ จึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบก่อนและหลังสถิติที่ใช้ในการวิจัยดังนี้ ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน (ความถี่) และหาค่าร้อยละของข้อมูล การเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาใช้ Paired t - test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ ($P < 0.05$)ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยโสธร เอกสารรับรองเลขที่ YST2024-31 ออกเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปการวิเคราะห์ผลข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางทั้งหมด 10 ราย เพศหญิงกับเพศชายเท่า ๆกันคือร้อยละ 50 พบมากในช่วงอายุ 60-64 ปี มากถึงร้อยละ 70 มีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 68.40, SD. = 12.86) ส่วนสูงมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 164.40, SD. = 8.30) ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก $\overline{X}$ = 68.40, S.D. = 12.86 ส่วนใหญ่เป็นโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมและระดับอนุปริญญา ร้อยละ 30 เท่ากัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 40 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนมาก< 6 เดือน ร้อยละ 70 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการเกิดโรค $\overline{X}$ = 3.3, S.D. = 2.002 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยวิธีการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรร้อยละ 100

2. การวิเคราะห์ผลการตรวจประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) ในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครจำนวน 10 จากการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อก่อนการรักษาฟื้นฟูด้วยวิธีการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรจำนวน 8 ครั้ง พบว่าระดับ motor powerส่วนใหญ่อยู่ที่ Glade 3 เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วง ร้อยละ 60 รองลงมาอยู่ที่ Glade 2 เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วง และ Glade 4 เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่ต้านแรงโน้มถ่วงได้ และต้านแรงผู้ตรวจได้บ้าง ร้อยละ 20 เท่ากัน ค่าเฉลี่ยระดับ motor powerก่อนการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.) 3(0.82) ส่วน การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อหลังการทดลองพบว่า ระดับ motor powerส่วนใหญ่อยู่ที่ Glade 4 ร้อยละ 70 รองลงมาอยู่ที่ Glade 3 ร้อยละ 20 ค่าเฉลี่ยระดับ motor power หลังการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.)คือ3.9(0.78) การวิเคราะห์ผลการตรวจประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) ผลการตรวจประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05

3. ผลการประเมินระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลอง พบว่าระดับความปวดตึงกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับระดับ 3-4 คะแนนคือปวดปานกลาง มีร้อยละ40 รองลงมาอยู่ที่ระดับระดับ 5-6 คะแนนคือปวดมาก และระดับ 1-2 คะแนนร้อยละ 30 เท่ากัน ค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อก่อนการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.) 3.75(1.27) ส่วนผลการประเมินระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อหลังการทดลองพบว่าอยู่ที่ระดับระดับ 1-2 คะแนน คือปวดเล็กน้อย ร้อยละ 80 รองลงมาอยู่ที่ระดับ 3-4 คะแนนคือปวดปานกลาง ร้อยละ 20 และมีผู้ที่ไม่มีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ 1 คนคิดเป็นร้อยละ 10 ค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อหลังการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.) คือ 1.55(0.956) ระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05

4. การวิเคราะห์ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบารเธล The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ก้อนการทดลองพบว่าคะแนน ADL กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ระดับ 9 -11 เป็นภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severs dependence คะแนนร้อยละ 60 รองลงมาอยู่ระดับ 5-8 คะแนนภาวะพึ่งพารุนแรง และ12-20 ไม่เป็นการพึ่งพาร้อยละ 20 เท่ากัน มีค่าเฉลี่ยคะแนน ADL $\overline{X}$ (S.D.) คือ 11.1(3.12) ส่วนการประเมินผล ADL หลังการทดลองพบว่าคะแนนส่วนใหญ่อยู่ระดับ 9-11 เป็นภาวะพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ระดับ 12-20 ไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 40 ค่าเฉลี่ยคะแนน ADL $\overline{X}$ (S.D.) คือ 13 (4.13) การประเมินผลค่า ADL ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เป็นการวิจับกึ่งทดลอง เปรียบเทียบผลการรักษาฟื้นฟูด้วยวิธีการนวดแบบ

ราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยวิธีการนวดฟื้นฟูวันเว้น 2 วัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ รวม 7 ครั้ง และนัดรักษาฟื้นฟูต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 3 อีก 2 ครั้ง เพื่อติดตามผล รวมการรักษาฟื้นฟูทั้งหมด 9 ครั้ง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและชายมีจำนวนเท่ากัน อายุเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 68.40, SD. = 12.86) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนมาก< 6 เดือน ร้อยละ 70 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการเกิดโรค $\overline{X}$ = 3.3เดือน, S.D. = 2.002 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยวิธีการนวดร่วมกับการประคบสมุนไพรร้อยละ 100 จากการเปรียบเทียบกำลังของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยระดับ motor power ก่อนการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.) 3(0.82) ส่วนค่าเฉลี่ย motor power หลังการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.)คือ3.9(0.78) การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05 การประเมินระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อก่อนการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.) 3.75(1.27) และค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดตึงของกล้ามเนื้อหลังการทดลอง $\overline{X}$ (S.D.) คือ 1.55(0.956) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05 การประเมินผลค่า ADL ก่อนการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ADL $\overline{X}$ (S.D.) คือ 11.1(3.12) และหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ADL $\overline{X}$ (S.D.) คือ 13 (4.13) การประเมินผลค่า ADL ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย การนำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมาผสมผสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ส่งผลต่อระดับความปวดตึงกล้ามเนื้อให้ลดลง การทดสอบกำลังของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และญาติ เกิดรูปแบบการรักษาฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมกับสภาพและสมุฏฐานของการเกิดโรค การนวดฟื้นฟูจะช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เส้นประสาทและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ในขณะที่การประคบสมุนไพรจะช่วยการไหลเวียนเลือดและลดอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง สามารถยืนเองได้โดยการจับราวและอุปกรณ์ค้ำยัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา**การ**นวดไทยแบบราชสำนักโรคหลอดเลือดสมองตีบ[5] ซึ่งพบว่าการนวดไทยแบบราชสดนักร่วมกับการรักษามาตรฐาน ฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลันให้มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตที่ดี และการนวดไทยที่ถูกวิธี ไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลการรักษาด้วยการนวดผสมผสานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของณัฐรดา บุรุษเลยี่[6] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองมี

ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประจำวัน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($\overline{X}$ = 82.20, p < .000 และ $\overline{X}$ =52.68, p < .000 ตามล าดับ) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองหลังเข้ารับการนวดผสมผสานตามโปรแกรม ในภาพรวมร้อยละ 85.93 และไม่พบอาการ ไม่พึงประสงค์จากการนวดผสมผสานตามโปรแกรม จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการนวดผสมผสานนี้มีประสิทธิผลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนารูปแบบการรักษาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิติที่ดีขึ้นและ การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัด ร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิต[7] พบว่า การนวดร่วมกับการทำกายภาพบำบัดได้ผลดีกว่าการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว แสดงให้เห็นว่าการนวดไทยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นเมื่อให้การ

รักษาร่วมกับวิธีการอื่นๆ นอกจากนี้ และพิชชานันท์ เธียรทองอินทร์[8] ได้ศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านกับการรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตพบว่ามีบางตำแหน่งเป็นจุดเดียวกับจุดนวดแบบราชสำนัก และตรงกับแนวเส้นประธานสิบที่เมื่อผิดปกติจะส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้คือการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยส่งผลให้ ผู้ป่วยมีกำลังของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น การใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเองมากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มรกรต ลิ้มอุดมพรและคณะ[9] ที่ศึกษาผลของการนวดไทยร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มนวดจะมีการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities of daily living) ที่มากกว่ากลุ่มไม่นวดอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (นวด 23.93 , ไม่นวด 15.87 ; p=0.025) ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงด้านความเจ็บปวดและความเครียดไม่มีความแตกต่างภายหลังการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.221 และ p = 0.221 ตามลำดับ) สรุปได้ว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน การนวดไทยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นเมื่อให้การรักษาร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน

สรุปได้ว่าการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยทำให้ผู้ป่วย มีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นและสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น เป็นแนวทางในการและเป็นทางเลือกสำหรับประชาชนในการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ศาสตร์การแพทย์แผนไทยนอกจากการนวดและประคบสมุนไพรเพื่อการฟื้นฟูยังมีหลากหลายวิธี เช่น การนวดกระตุ้นการกลืน การจ่ายยาสมุนไพร การพอกการอบ การนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันและสหวิชาชีพในการรักษาฟื้นฟูเป็นสิ่งจำเป้นและควรมีการส่งเสริมสนับสนุนเพื่อประโยชน์สูงสุดสำหรับประชาชน

2. การศึกษาวิจัยหรือการเก็บข้อมูลในการรักษาหรือฟื้นฟูผู้ป่วยจากงานประจำเพื่อต่อยอดงานวิชาการเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งแพทย์แผนไทยควรตระหนักในเรื่องนี้เพื่อให้เกิดผลงานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทย

3. การนวดฟื้นฟูและการประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ญาติมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วขึ้น ดังนั้นการให้คำแนะนำหรือการสอนญาติผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการนวดและประคบสมุนไพรที่ถูกวิธี ตามความเหมาะสมของแต่ละรายจึงเป็นสิ่งจำเป็น ช่วยส่งสริมการฟื้นฟูสภาพสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). สาเหตุการตาย. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 25เมษายน 2565];91. เข้าถึงได้จาก: http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). รณรงค์ วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาต โลก 2565. เน้น สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับ ประชาชน.[Internet]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/0 2/180623/
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2564) .คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก.บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด มีนาคม 2564 https://www.uckkpho.com/wp-content/uploads/2022/12Clinical-Practice- Guideline_
4. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลยโยธร. (2567) ข้อมูลเวชระเบียนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในโรงพยาบาลยโสธร ปี 2565-2567. โรงพยาบาลยโยธร.

5. วิเชียร ชนะชัย. (2562). การนวดไทยแบบราชสำนักโรคหลอดเลือดสมองตีบ. สืบค้นจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sanpasit_medjournal/article/view/257727
6. ณัฐรดา บุรุษเลี่ยม (2560). ศึกษาประสิทธิผลการรักษาด้วยการนวดผสมผสานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี.ปีที่ 48 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566
7. จิรายุ ชาติสุวรรณและคณะ. (2560) .เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการ นวดไทย ต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอด เลือดสมองตีบ.ธรรมศาสตร์เวชสาร .ปีที่ 17: 3
8. พิชชานันท์ เธียรทองอินทร์. (2562) ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านกับการรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต. วารสารรหมอยาไทย.ปีที่ 5 (มกราคม - มิถุนายน 2562. สืบค้นจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ttm/article/view/254056
9. มรกรต ลิ้มอุดมพรและคณะ, (2557).ผลของการนวดไทยร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอด เลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม

Effectiveness of the Acute Asthma attack Prevention Program Among Parents of children to receive services at the Allergy clinic Nakhon Pathom Hospital.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

พัชรินทร์ เกิดรื่น[1]
Patcharin Kertruen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐมจำนวน 129 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนเมษายน 2568 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดระดับสูงร้อยละ 95.3 คะแนนมัธยฐาน 12 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 11 ถึง 15 คะแนน สำหรับการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันระดับสูงร้อยละ 100 โดยมีคะแนนระหว่าง 61 ถึง 92 คะแนน มัธยฐาน 84 จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีมัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้นภายหลังการใช้โปรแกรมจาก 9 คะแนน เป็น 12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($p < .001$) และกลุ่มตัวอย่างมีมัธยฐานคะแนนการปฏิบัติในการการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นภายหลังการใช้โปรแกรมจาก 76 คะแนน เป็น 84 คะแนน จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($p < .000$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกัน อาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน ผู้ปกครอง

Abstract

This quasi-experimental research, employing a one-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effectiveness of an acute asthma attack prevention program for parents of children receiving care at the Allergy Clinic, Nakhon Pathom Hospital. The study included 129 parents, with data collected from December 2024 to April 2025. Research instruments consisted of a demographic questionnaire, an asthma knowledge questionnaire, and a questionnaire on acute asthma attack prevention practices. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that the majority of participants were After program implementation, 95.3% of participants demonstrated high asthma knowledge levels (median score: 12/15; range: 11–15). Regarding prevention practices, 100% of participants exhibited high post-intervention scores (median: 84/92; range: 61–92). The Wilcoxon signed-rank test indicated statistically significant improvements in both asthma knowledge (median increase from 9 to 12, $p < 0.001$) and prevention practices (median increase from 76 to 84, $p < 0.000$).

Keywords: acute asthma attack, prevention program, parents

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยมักมีอาการไอ หายใจหอบเหนื่อยหรือมีเสียงหวีด แน่นหน้าอก ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคหืดกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน โรคหืดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกมากกว่า 300 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็ก ในปี พ.ศ. 2556 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการผู้ป่วยโรคหืดไว้ประมาณ 235 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยเด็ก และพบมากในประเทศที่ยากจน นอกจากนี้ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นอีก 100 ล้านคน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของคนในสังคม[1] ประเทศไทยพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคหืดมากถึง 3 ล้านคน โดยพบในเด็กประมาณร้อยละ 10 - 12 และผู้ใหญ่ร้อยละ 6.9[2]

อาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันเป็นสัญญาณเตือน ที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยอาจมีอาการแย่ลง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที รวมทั้งมีความเสี่ยงที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว และประเทศอย่างมาก เนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น โดยพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหืดต่อคนคิดเป็น 16,287.27 บาทต่อปี โดยเป็นค่าใช้จ่ายทางตรง 15,299.87 บาทต่อปี และทางอ้อม 987.40 บาทต่อปี[3] ทั้งนี้ข้อมูลการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ในปี 2559-2561 มีผู้ป่วยโรคหืดนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 58, 75 และ 105 รายตามลำดับ และต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ปี 2559-2561 จำนวน 4, 12 และ 8 ครั้งตามลำดับ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวน 11,025, 38,994 และ 31,902 บาทตามลำดับ[4] นอกจากนี้ยังพบรายงานผู้ป่วยโรคหืดเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 3 คน ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณ 300,000 คน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและต้องรักษาด้วยการใช้ยาสูดพ่นเพื่อลดการอักเสบตามมาตรฐานสากลของการรักษาโรคหืด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางสุขภาพกาย เช่น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หยุดเรียน ออกกำลังได้จำกัด พัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย เป็นต้น และมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย เช่น มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลกับอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ การลืมใช้ยา หยุดใช้ยาเมื่อเด็กไม่มีอาการหรือเมื่อรู้สึกว่าอาการดีขึ้น และบางครั้งก็ลืมนำยาติดตัวไปด้วยเมื่อต้องเดินทาง หรือออกนอกบ้าน[5] ซึ่งการมีความรู้ไม่เพียงพอ และไม่มีความมั่นใจในการป้องกันหรือจัดการกับอาการ นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน และต้องมารักษาที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง[6]

การดูแลเพื่อป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการควบคุมและป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมโรคได้ โดยการใช้ยา การจัดการ และการดูแลที่มีประสิทธิภาพ[1] สิ่งสำคัญของการรักษาโรคหืด คือ การที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะควบคุมโรคหืดได้ ปัจจุบัน National Asthma Education and Prevention Program และ Global Initiative for Asthma Guideline (GINA) แบ่งระดับการควบคุมโรคหืดเป็น 3 ระดับ คือ กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ ควบคุมอาการได้ไม่ดี และกลุ่มที่ควบคุมอาการไม่ได้ โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีจุดมุ่งหมายโดยให้การรักษาภาวะ

อักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจด้วยยาต้านการอักเสบ และยังครอบคลุมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง เพื่อที่จะได้เข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เช่น ความรู้ทั่วไป และอาการเกี่ยวกับโรคหืด การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยหืดในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตัวเองเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การพ่นยาได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน ถือเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการควบคุมโรคหืด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันของผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหืด โดยพบการศึกษาในคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาล 3 แห่งในรัฐคาร์ทูม พบว่า ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหืดในเด็กมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการจัดการ และการควบคุมโรค โดยพบว่า มารดาไม่มีความรู้เรื่องการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้สามารถทำให้อาการของโรคหืดแย่ลงร้อยละ 52.7 ในด้านการปฏิบัติของมารดาพบว่า มารดาไม่ให้ความสำคัญกับการหลีกเลี่ยงไม่ให้ลูกสัมผัสควันบุหรี่มากถึงร้อยละ 91.1 นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติของมารดาสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.003) อีกทั้งระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.013)[7] และการศึกษาความรู้ของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหืด และความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการจัดการโรคหืดในเด็กโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศอินเดีย พบว่าความรู้ของผู้ปกครองและการปฏิบัติต่อโรคหอบหืดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.037) คือ ผู้ปกครองที่มีความรู้ที่ดีจะมีการปฏิบัติที่ดีไปด้วย แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ดูแลยังขาดความรู้เรื่องโรค สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้น การใช้ยาพ่นสูดที่ไม่ถูกวิธี และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบหืดกำเริบ รวมถึงการลืมใช้ยา หยุดใช้ยาเมื่อเด็กไม่มีอาการหรือเมื่อรู้สึกว่าอาการดีขึ้น และบางครั้งก็ลืมนำยาติดตัวไปด้วยเมื่อต้องเดินทาง หรือออกนอกบ้าน[5]

คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคภูมิแพ้และโรคหืด โดยมีผู้ป่วยโรคหืดที่นัดเข้ารับบริการในคลินิกโรคภูมิแพ้ในปี 2566 จำนวน 1,376 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่มาตรวจตามนัดจำนวน 1,130 ราย เมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหืดมาตรวจตามนัดร้อยละ 91.29, 90.00, 82.12 (ตามลำดับ) การใช้ยาพ่นถูกต้องร้อยละ 80.14, 76.28, 78.53 (ตามลำดับ) และผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันจำนวน 24, 12 และ 44 ราย (ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่เป็นเด็กกลุ่มอายุ 7-12 ปี จากสถิติในปี 2566 ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับบริการในคลินิกเป็นเด็กกลุ่มอายุ 7-12 ปี จำนวน 180 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันสำหรับผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการการจัดการเกี่ยวกับปัญหาอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน และเพื่อให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยโรคหืดสามารถให้การดูแลเพื่อควบคุม ป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนเมษายน 2568 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุระหว่าง 7-12 ปี ที่มารับบริการในคลินิกโรคภูมิแพ้ 2) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 80 % การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 125 รายและเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 (Polit & Beck, 2017) จำนวน 7 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 132 ราย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) รายได้ของครอบครัว และ 6) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหืด ที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้น

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์โรคภูมิแพ้ 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ป่วยเด็ก 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจน ครอบคลุมของข้อคำถาม คำตอบ และภาษาที่ใช้ ตรวจสอบและตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันได้เท่ากับ 0.95, 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดสอบกับผู้ปกครองของเด็กโรคหืดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่า 0.90 สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัตินำมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้มีค่าตั้งแต่ 0.91 (Burn & Grove, 2009) จึงจะนำมาใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล

นครปฐม และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้เข้ารับบริการในคลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนเมษายน 2568 ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 97.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) ทดสอบการกระจายของข้อมูล ซึ่งพบว่า การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

การจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนครปฐม (เอกสารรับรองเลขที่ 082/2024 วันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2567)

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) รายได้ของครอบครัว และ 6) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหืด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.7 มีอายุเฉลี่ย 43.3 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 31 - 40 ปี มากที่สุดร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 36.4 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทร้อยละ 45.7 มีรายได้ของครอบครัว 10,001-20,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 34.9 และเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหืด ร้อยละ 59.7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดระดับปานกลางร้อยละ 75.2 คะแนนมัธยฐาน 9 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 6 ถึง 10 คะแนน และหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดระดับสูงร้อยละ 95.3 คะแนนมัธยฐาน 12 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 11 ถึง 15 คะแนน

ภายหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีมัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้นจาก 9 คะแนน เป็น 12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันระดับสูงร้อยละ 61.2 มีคะแนนระหว่าง 61 ถึง 92 คะแนน ระดับปานกลางร้อยละ 33.3 มีคะแนน ระหว่าง 31 ถึง 60 คะแนน และระดับต่ำร้อยละ 5.5 มีคะแนนระหว่าง 0 ถึง 30 คะแนน มัธยฐาน 76 จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันระดับสูงร้อยละ 100 โดยมี

คะแนนระหว่าง 61 ถึง 92 คะแนน มัธยฐาน 84 จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน

ภายหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีมัธยฐานคะแนนการปฏิบัติในการการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจาก 76 คะแนน เป็น 84 คะแนน จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($p < .000$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน โดยภายหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้นจาก 9 คะแนน เป็น 12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($p < .001$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นภายหลังการใช้โปรแกรมจาก 76 คะแนน เป็น 84 คะแนน จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($p < .000$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน

จากการวิเคราะห์คะแนนความรู้ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1986) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดก่อนการใช้โปรแกรมโดยรวมในระดับปานกลาง มัธยฐาน 9 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดก่อนการใช้โปรแกรม ระหว่าง 6 ถึง 10 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดระดับปานกลาง ร้อยละ 75.2 และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดหลังการใช้โปรแกรมโดยรวมในระดับสูง มัธยฐาน 12 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดหลังการใช้โปรแกรม ระหว่าง 11 ถึง 15 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดระดับสูง ร้อยละ 95.3 สำหรับการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันก่อนการใช้โปรแกรมโดยรวระดับสูง มัธยฐาน 76 จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน คะแนนการปฏิบัติการป้องกันก่อนการใช้โปรแกรม ระหว่าง 28 ถึง 83 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันระดับสูง ร้อยละ 61.2 และหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันระดับสูง ร้อยละ 100 มัธยฐาน 84 จากคะแนนเต็ม 92 คะแนน คะแนนการปฏิบัติการป้องกันหลังการใช้โปรแกรม ระหว่าง 68 ถึง 91 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรี พรหมประกอบ[8] พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคหืดของกลุ่มทดลองภายหลัง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($t_{38} = 12.72$, $p< .001$) และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{19} = 21.21$, $p< .001$) คล้ายคลึงกับการศึกษาของพัชรี พรหมสุวงศ์[9] พบว่า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมผู้ดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การปฏิบัติ และการจัดการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของประดับเพชร เจนวิพากษ์ และคณะ (2565) พบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรค

หืดในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ

แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่รวมการให้ความรู้ และการฝึกทักษะช่วยลดอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันได้ ซึ่งโปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการยกระดับจากความรู้ปานกลางไปสู่ระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การให้ข้อมูลที่ชัดเจน และการฝึกปฏิบัติ ทำให้โปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน มีประสิทธิภาพ เพราะช่วยเพิ่มทั้งความรู้ และการปฏิบัติของผู้ปกครอง ซึ่งจะทำให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหืดในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในคลินิกโรคภูมิแพ้และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันสำหรับผู้ปกครองของเด็กโรคหืด โดยเน้นประเด็นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง หรือสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน เป็นต้น

2. โปรแกรมนี้อาจนำไปใช้ใน คลินิกโรคหืด โรงเรียน หรือชุมชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคหืด โดยพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะกับกลุ่มผู้ปกครองที่มีความรู้หรือฐานะทางสังคมต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเกิดอาการกำเริบการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หรือการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันของเด็กโรคหืด เพื่อให้เด็กโรคหืดสามารถดูแลตัวเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ควรมีการศึกษาต่อไปว่าการเพิ่มขึ้นของความรู้ และการปฏิบัติสัมพันธ์กับการลดลงของอาการหอบหืดกำเริบหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. Wolrd Health Organization Regional Office South-East Asia. (2013). Regional Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2013–2020). Regional Committee. Sixty-sixth Session, New Delhi, India 10–13 September 2013
2. สิริรัตน์ ลีลาจรัส และสุนารี เจียรวิทยากิจ. (2558). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense กับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(3),137-152.
3. Trakultivakorn, M. (2012). Economic burden of asthma in Thailand. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology, 30, 1-2.
4. เกศราพร แก้วลาย และสงบ บุญทองโท. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการ จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคราม, 4(7) 153-165.
5. Jabeen U, Zeeshan F, Bano I, Bari A. & Rathore AW. (2018). Adherence to asthma treatment and their association with asthma control in children. J Pak Med Assoc, 68(5), 725-8.
6. สุธิศา ล่ามช้าง, ฐิติมา สุขเลิศตระกูล, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล และปรีชา ล่ามช้าง. (2561). การรับรู้เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาล, 45(1), 75-86.

7. Fasola, S., Malizia V., Ferrante G., Licari A., Montalbano L., Cilluffo G. &Grutta S. L. (2022). Asthma-Related Knowledge and Practices among Mothers of Asthmatic Children: A Latent Class Analysis. https://www.mdpi.com/1660-4601/19/5/2539
8. วัชรี พรหมประกอบ, 2563 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหืดของเด็กวัยเรียนโรคหืด. https://buuir.buu.ac.th/jspui/bitstream/1234567890/9985/1/58910028.pdf
9. พัชรี พรหมสุวงศ์ (2564). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(3), 180-187.

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

The Development the quality of operations for the elderly Udon Thani Province.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์[1] พรพิมล มัฆนาโส[1] ธัชธรรม์ มัฆนาโส[1]
Sanit Ngawprommin[1] Phornphimon Muckhanaso[1] Thatchathan Muckhanaso[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา ในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 34 คน กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 244 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 246 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม – เมษายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น 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 ($\overline{x}$ = 4.64, S.D. = 0.43) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 4.19, S.D. = 0.57) ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อ การพลัดตกหกล้ม 3. ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 4.04, S.D. = 0.72)

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: 34 service personnel, 244 people from local network groups, and 246 elderly people. Data collection period: January – April 2025. The research tool was a questionnaire created by researcher. 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. ($\overline{x}$ = 4.64, S.D. = 0.43) Participation of network partners is high. ($\overline{x}$ = 4.19, S.D. = 0.57) Elderly people have a level of ability to go about 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 ($\overline{x}$ = 4.04, S.D. = 0.72)

Keywords: Development / Operational quality / Elderly

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

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 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดหรือ 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[4]

จากการสำรวจคัดกรอง พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เรียกว่ากลุ่มติดสังคม มีมากถึงร้อยละ 97.15 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.12 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.73 (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2566) จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปีงบประมาณ 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 คิดเป็นร้อยละ 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[4]

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจังหวัดอุดรธานี จากปีงบประมาณ 2564 – จนถึงปัจจุบัน มีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และกระบวนการ

ดำเนินงานผู้สูงอายุที่ผ่านมายังพบปัญหาในการดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังพบปัญหาในการประสานงานและการติดต่อสื่อสารและความเอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ผลการดำเนินงานตามมาตรการและนำมาปรับใช้และวางแผนพัฒนาการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี เปรียบเทียบระหว่างก่อน และหลังการพัฒนา

สมมติฐานในการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2568 ในจังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทุกคนในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 314 คน
2. กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น ในจังหวัดอุดรธานี ทั้งหมดจำนวน 30,207 คน
3. กลุ่มผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 262,167 คน

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ใช้สูตรการคำนวณ G*Power 3.1.9.4[8] จำนวน 34 คน กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นและกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณ ค่าสัดส่วนของประชากร[9] กลุ่มตัวอย่าง 244 และ 246 ตามลำดับ

การสุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ[10] หลังจากนั้นเลือกแบบเจาะจงบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุดรธานี กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งประชากรกลุ่มเครือข่ายท้องถิ่นออกเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันมาก และกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามอำเภอ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือออก เขียนภาษาไทยได้สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือให้ข้อมูลครบและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ย้ายออกนอกพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ไม่สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือไม่ออก และเขียนภาษาไทยไม่ได้ หรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดหรือข้อมูลไม่ครบหรือออกจากการศึกษาโดยสมัครใจ หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประมาณค่า

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ

2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)[5] หมายถึง แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) จำนวน 10 ข้อคำถาม (10 ด้าน) ได้แก่ 1.feeding 2.grooming 3.Transfer 4.Toilet use 5.Mobility 6.Dressing 7.Stairs 8.Bathing 9.Bowels และ 10.Bladder

3. แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ[6] หมายถึง แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563) จำนวน 14 ข้อคำถาม

4. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม[7] หมายถึง แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ (Morse Fall Scale) จำนวน 6 ข้อคำถาม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t – test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 5268 ลงวันที่ 27 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า มี 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น

1. การเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา

1.1 การพัฒนาคุณภาพกระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.64, S.D. = 0.43) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.00, S.D. = 0.62) มีคุณภาพมากที่สุดด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{x}$ = 4.76, S.D. = 0.42) รองลงมาได้แก่ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ ($\bar{x}$ = 4.66, S.D. = 0.42) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงาน เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ของบุคลากรผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 34)

กระบวนการดำเนินงาน	ก่อน		หลัง		t	p	95%CI
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม	4.24	0.59	4.76	0.42	4.596	0.000*	0.29 ถึง 0.76
ด้านบุคลากร	4.07	0.71	4.57	0.50	3.340	0.002*	0.19 ถึง 0.80
ด้านรูปแบบและการจัดบริการ	4.12	0.62	4.66	0.42	4.438	0.000*	0.29 ถึง 0.79
ด้านการบริหารจัดการคลินิก	3.58	0.97	4.55	0.67	5.628	0.000*	0.62 ถึง 1.32
ภาพรวม	4.00	0.62	4.64	0.43	5.309	0.000*	0.39 ถึง 0.88

1.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.57) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 3.83, S.D. = 0.63) มีส่วนร่วมมากที่สุดในด้านการดำเนินงาน ($\bar{x}$ = 4.25, S.D. = 0.59) รองลงมาได้แก่ ด้านการรับผลประโยชน์ ($\bar{x}$ = 4.21, S.D. = 0.59) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วม เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ของเครือข่ายท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 244)

การมีส่วนร่วม	ก่อน		หลัง		t	p	95%CI
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ด้านการวางแผน	3.73	0.70	4.12	0.63	6.689	0.000*	0.27 ถึง 0.51
ด้านการดำเนินงาน	3.88	0.68	4.25	0.59	6.349	0.000*	0.25 ถึง 0.48
ด้านการรับผลประโยชน์	3.90	0.65	4.21	0.59	5.687	0.000*	0.20 ถึง 0.41
ด้านการประเมินผล	3.81	0.73	4.19	0.66	6.277	0.000*	0.26 ถึง 0.50
ภาพรวม	3.83	0.63	4.19	0.57	6.766	0.000*	0.26 ถึง 0.47

1.3 ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมิน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล หลังการพัฒนาอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

1.4 ความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.04, S.D. = 0.72) ซึ่งมีความพึงพอใจด้านกระบวนการพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.13, S.D. = 0.73) รองลงมาได้แก่ ด้านคุณภาพการให้บริการ ($\bar{x}$ = 4.11, S.D. = 0.69)

1.5 ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) โดยพบว่าหลังการพัฒนาตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 90.61 (เกณฑ์ตัวชี้วัด ร้อยละ 100) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา ปี 2567		หลังพัฒนา ปี 2568	
		ผลงาน	การผ่าน	ผลงาน	การผ่าน
1.ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 100	90.09	ไม่ผ่าน	90.61	ไม่ผ่าน
2.ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	> ร้อยละ 60	93.44	ผ่าน	93.48	ผ่าน
3.ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall) และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	> ร้อยละ 60	85.63	ผ่าน	85.66	ผ่าน

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context - input) เป็นระยะเตรียมการ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี ที่ผ่านมาพบว่า 1) บุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขมีภาระงานหลายด้าน ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุได้ไม่ต่อเนื่องและเต็มที่ เช่น การออกเยี่ยมติดตามที่บ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เป็นต้น 2) การจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุยังไม่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน การดำเนินงานผู้สูงอายุต้องการแค่ผลงาน และยังไม่มีความต่อเนื่อง 3) เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วพบปัญหาด้านสุขภาพ

และต้องส่งต่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน กลับพบปัญหาว่าผู้สูงอายุไม่สามารถไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้ เนื่องจากมีความลำบากในการเดินทาง 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความตระหนักและใส่ใจ ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 5) ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางอาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีคนดูแล และมีปัญหาสุขภาพอย่างซับซ้อน 6) กลุ่มผู้สูงอายุมีมากขึ้น รวมทั้งกลุ่มเปราะบางก็มากขึ้น ทำให้งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ และ 7) ขาดการบูรณาการกับงานบริการด้านอื่น ๆ รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตามที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[11] ได้ออกมาตรฐานการบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งความรู้พื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งในการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ คือ การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า การมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกันซ้ำเติมด้วยการที่ต้องได้รับยาหลายขนาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณ จากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลที่แตกต่างออกไป

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา (process improvement) ระยะนี้ได้มีการพัฒนาคุณภาพกระบวนการของการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี ตามรูปแบบ Nonghan Model ซึ่งใช้คู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุ และกระบวนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) การพัฒนากระบวนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4) การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ภายใต้แนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ[12] ตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุโดยการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการจัดบริการได้ครบวงจร ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ (CGA) การวินิจฉัยเพื่อบำบัดรักษา การวินิจฉัย การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูล การประสานการส่งต่อในปัญหาเฉพาะทางด้านของผู้สูงอายุ และส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน การดำเนินงานสถานบริการแต่ละระดับจะมีการบูรณาการ (Integration) การจัดบริการเข้ากับงานประจำที่มีการดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ

ระยะที่ 3 การนำมาตรการไปปฏิบัติ โดยบุคลากรผู้ให้บริการและการสร้างความร่วมมือของเครือข่ายท้องถิ่น พบว่า

3.1 คุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุของบุคลากรผู้ให้บริการหลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.64, S.D. = 0.43) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{x}$ = 4.00, S.D. = 0.62) มีคุณภาพมากที่สุด ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ($\bar{x}$ = 4.76, S.D. = 0.42) รองลงมาได้แก่ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ ($\bar{x}$ = 4.66, S.D. = 0.42) เนื่องจากว่ามีคู่มือการดำเนินงานผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานรูปแบบเดียวกัน ทำให้บุคลากรมีแนวทางในการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การดำเนินงานผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัฆนาโส (2568)[4] ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผลการพัฒนาคุณภาพกระบวนการ การดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.46) และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพยาภา ดาหาร และเจตสริยา ดาวราช (2561)[13] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอ โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุ

เป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล

3.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา อยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 4.19, S.D. = 0.57) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา ($\overline{x}$ = 3.83, S.D. = 0.63) มีส่วนร่วมมากที่สุดใน ด้านการดำเนินงาน ($\overline{x}$ = 4.25, S.D. = 0.59) รองลงมาได้แก่ ด้านการรับผลประโยชน์ ($\overline{x}$ = 4.21, S.D. = 0.59) เนื่องจากการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยมีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่ต้น ทำให้ได้ทราบสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมดำเนินการตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้ และมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผล รวมถึงมีความยินดีและภูมิใจที่สามารถส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัฆนาโส (2568)[4] ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 4.19, S.D. = 0.59) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ เคราวล และคณะ (2563)[14] 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 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัฆนาโส (2568)[4] ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีสมรรถภาพความจำ อยู่ในระดับสูง และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และสอดคล้องกับการศึกษาของอรนิษฐ์ แสงทองสุข (2562)[15] ศึกษาการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพร่างกายที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐกันย์ อ๋องเอื้อ (2564)[16] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า 1.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า โดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับดี

มาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นอันดับ 1 อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ ด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมาก ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมาก และลำดับสุดท้ายคือด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมาก

ผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) ซึ่งมากกว่าก่อนพัฒนา เนื่องจากการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเป็นไปตามมาตรฐาน บุคลากรผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัฆนาโส (2568)[4] ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์การดำเนินงานผู้สูงอายุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.67) และสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2562)[17] ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยการศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ 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 พบว่ากระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่าย และผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 4.04, S.D. = 0.72) ซึ่งมีความพึงพอใจด้านกระบวนการพัฒนา ($\overline{x}$ = 4.13, S.D. = 0.73) รองลงมาได้แก่ ด้านคุณภาพการให้บริการ ($\overline{x}$ = 4.11, S.D. = 0.69) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัฆนาโส (2568) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\overline{x}$ = 4.12, S.D. = 0.67) และสอดคล้องกับการศึกษาของศรายุทธ ชูสุทน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสุมัทนา กลางคาร (2565)[18] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.27, SD = 0.61) และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.35, SD = 0.56) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล บุญโสภิณ, วรางคณา จันทร์คง และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2561)[19] ศึกษาการพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ

ทีมหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจะมีคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุทุกระดับ เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการควบคุมกำกับและระบบการติดตามการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมาย

3. การดำเนินงานผู้สูงอายุขาดการบูรณาการไม่มีความเชื่อมโยงกัน ทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่เชื่อมโยงบูรณาการแบบ ทุกภาคส่วน โดยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาส หรือยากจน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้อย่างครอบคลุมมิติสุขภาพทุกด้าน และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมต่อไป

2. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ให้ทันท่วงทีเพื่อการปรับกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงของการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. ควรศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากบริบทในแต่ละพื้นที่ การเข้าถึงบริการสุขภาพอาจจะแตกต่างกันไป และผู้สูงอายุอาจจะมีข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการ

4. ควรมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจจะยกย่องเกียรติคุณให้เป็นต้นแบบของชุมชน

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. สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ และพรพิมล มัฆนาโส. (2568). การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 10 (1), 756 - 764.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก
6. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท สินทวีการ

พิมพ์ จำกัด.

7. Morse, JM. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American J Infection Control. 30, 376 - 380.

8. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 5 (1), 496 – 507.

9. บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. วารสารการวัดผลการศึกษา มศว มหาสารคาม. 2535; 3 (1): 22 – 25.

10. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. ภาควิชาสถิติ คณะพานิชยศาสตร์และการบัญชีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

11. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด.

12. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

13. ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2 (3), 42 – 54.

14. สุนีย์ เครานวล และคณะ. (2563). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

15. อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. หลักสูตรสาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

16. ณัฏฐกันย์ อ๋องเอื้อ. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

17. ยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2562). การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยบูรพา

18. ศรายุทธ ชูสุทน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสุมัทนา กลางคาร. (2565) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 7(1), 40 – 56.

19. นฤมล บุญโสภิณ, วรางคณา จันทร์คง และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2561). การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 12(1), 172 – 181.

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

Effectiveness of a Fall Prevention Program by Applying Protection Motivation Theory to Reduce Environmental Risk in Elderly in Khlong Luang District, Pathum Thani Province.

(Received: April 27,2025 ; Revised: May 4,2025 ; Accepted: May 11,2025)

นัชชา ยันติ[1] วรรณา สุทธิวรรณ[1] ศศิวิมล จันทร์มาลี[1] วรวรรณ เหลืองชั่งทอง[2] ภุชงค์ อินทร์ชัย[3]
Nadchar Yanti[1],Wanna Suttiwan[1] ,Sasiwimol Chanmalee[1] , Worawon Luengchangtong[2] ,Puchong Inchai[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ โปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม คำนวณและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ paired sample t-test และ independent samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม และสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) หน่วยงานทางด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุ, ลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ,แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of a fall prevention program that reduced environmental risks by applying motivation theory for disease prevention in elderly individuals in Khlong Luang District, Pathum Thani Province. The total sample size consisted of 76 participants, divided into an experimental group of 38 individuals and a control group of 38 individuals. The research instrument was a fall prevention program designed to reduce environmental risks through the application of motivation theory for disease prevention. Data were collected using a questionnaire. The data were analyzed using a pre-existing statistical software program. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze the data. Inferential statistics, including Paired Sample T-tests and Independent Sample T-tests, were applied to examine the data.

The results indicated that, after participating in the program, the experimental group showed a significant increase in the mean scores of environmental risk perception related to falling, perception of the severity of falls, expectations of outcomes after modifying the residential environment to reduce fall risks, and the perceived fall risk within the home

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
Corresponding Author, Sasiwimol Chanmalee E-mail address: Sasiwimol.chan@vru.ac.th
[2] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
[3] ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

environment. These changes were statistically significant (p-value < 0.05). Health agencies can use the findings of this study as a basis for developing effective fall prevention activities for elderly populations.

Keywords: Fall Prevention, Elderly, Reduce Environmental Risk, Protection Motivation Theory

บทนำ

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากการหกล้มของผู้สูงอายุส่งผลกระทบที่ร้ายแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่ การบาดเจ็บจากการฟกช้ำ กล้ามเนื้ออักเสบ กระดูกหัก หรืออาจเกิดความรุนแรงจนทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ เกิดความกังวลใจ ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย เดิน ออกกำลังกาย หรือมีการประกอบกิจวัตรประจำวันที่น้อยลงเนื่องจากกลัวหกล้มซ้ำ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพร่างกาย[1] ปัจจัยที่ที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุมี 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านชีวภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขและป้องกันได้[2] สาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการพักอาศัยอยู่ในที่พักหรือบ้านที่ไม่ปลอดภัย โดยสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยนั้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงในการหกล้มมากขึ้น ลักษณะบ้านที่มีความเสี่ยงในการหกล้ม เช่น พื้นที่เปียกและลื่น ห้องน้ำที่ไม่มีราวจับ การอาบน้ำโดยไม่มีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ การเดินบนพื้นต่างระดับหรือมีสิ่งของที่กีดขวาง แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ รวมถึงการใช้บันได เป็นต้น[3] จากการสำรวจข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2564 พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 13,358,751 คน มีประวัติล้ม 12,465,847 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 93.3 ซึ่งภาคกลางเป็นพื้นที่มีจำนวนผู้สูงอายุหกล้มมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจากภาคอื่นๆ จังหวัดปทุมธานีมีผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้ม 207,186 คน จากผู้สูงอายุ 219,289 คน คิดเป็นร้อยละ 94.48[4]อำเภอคลองหลวงมีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 168,572 คน[5] ซึ่งเป็นอำเภอที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในจังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอคลองหลวง เนื่องจากเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข โดยการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ซึ่งอธิบายกระบวนการรู้คิดเพื่อให้บุคคลเกิดการปรับทัศนคติ เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค รวมถึงความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ กระบวนการประเมินภัยคุกคามและกระบวนการประเมินการเผชิญปัญหา เพื่อรับรู้ถึงผลการตอบสนองหรือประโยชน์ที่เกิดจากการป้องกันโรคหรือภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น[6] ผลที่ได้จากโครงการวิจัยคือการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการหกล้มที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม การรับรู้ผลกระทบและความรุนแรงของการหกล้มที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ การสร้างความคาดหวังจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการปรับเปลี่ยนและการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อเป็นบ้านที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงและลดอุบัติการณ์การหกล้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ประเมินผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ระยะเวลาในการวิจัย เดือนกันยายน 2567 – เมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.839[7] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และกลุ่มควบคุม 38 คน คือกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับเพียงคู่มือบ้านปลอดภัยไม่เสี่ยงล้ม ของกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ[8] คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่โปรแกรมศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) โดยประกอบ ด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ได้แก่

1) กิจกรรม “รู้ทันความเสี่ยง สูงวัยปลอดภัย” เป็นการบรรยายเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม สาเหตุของการพลัดตกหกล้ม และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุ

2) กิจกรรม “ใส่ใจป้องกัน สูงวัยไม่ล้ม” เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้มและผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ประกอบการบรรยาย เรื่อง ความรุนแรงจากการหกล้มในผู้สูงอายุ

3) กิจกรรม “ป้องกันล้มก่อนสาย ทำได้ไม่ยาก” เพื่อสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัย ที่เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ประโยชน์ของการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และการตั้งเป้าหมายจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

4) กิจกรรม “บ้านปลอดภัย สูงวัยไร้กังวล” เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายหลังการนำไปปฏิบัติ และบอกเล่าอุปสรรคในการปฏิบัติพร้อมวิธีการแก้ไขปัญหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเพศ อายุ รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันในบ้าน โรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัยในปัจจุบัน บริเวณชั้นของห้องนอน ประวัติการหกล้ม บริเวณที่หก

ล้ม สาเหตุของการหกล้ม จำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายเปิดและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best JW[9] ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์ประเมินระดับการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best JW[9]ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best JW[9] ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มอยู่ในระดับสูง

การคิดคะแนนในแบบประเมินส่วนที่ 2 - 4 โดยแบ่งระดับคะแนนของคำตอบเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีการให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วย	1	3
ไม่แน่ใจ	2	2
เห็นด้วย	3	1

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเสี่ยงสภาพสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุภายในห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว ห้องนั่งเล่น และสภาพแวดล้อมนอกบ้าน จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบให้เลือกคือ ใช่ และไม่ใช่ โดยข้อคำถามที่มีความเสี่ยงในการหกล้ม หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ให้ 0 คะแนน ข้อคำถามที่ลดความเสี่ยงในการหกล้ม หากตอบว่าใช่ ให้ 0 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ให้ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom BS[10] ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนตั้งแต่ 0-11 คะแนน) หมายถึง ความเสี่ยงสภาพสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (คะแนนตั้งแต่ 12–15 คะแนน) หมายถึง ความเสี่ยงสภาพสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 (คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ความเสี่ยงสภาพสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1-6 ไปรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item- Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปนำใช้ได้ และมีการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามที่ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมด เท่ากับ 0.87

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบประเมินที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.70 ขึ้นไป มีผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้ paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ภายหลังผ่านการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ independent samples t-test ระดับนัยสำคัญที่ .05 ภายหลังผ่านการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ และการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบไคสแควร์สำหรับข้อมูลที่เป็นนามบัญญัติ หรือการวัดด้วยสถิติ independent samples t-test สำหรับข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่อง

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ หมายเลขโครงการ 0075/2567 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองจำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.8 มีอายุ เฉลี่ย 60.5 ปี มีรายรับเฉลี่ย 11,587 บาทต่อเดือน มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 18.4 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 23.7 ประกอบอาชีพเป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาคือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 21.1 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.2 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 36.8 มีจำนวนสมาชิกที่พักอยู่ในบ้านเดียวกันเฉลี่ย 3.45 คน ส่วนมากพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือคู่รักและลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 39.5 รองลงมาคือพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือคู่รัก คิดเป็นร้อยละ 34.2 ส่วนใหญ่ห้องนอนอยู่ชั้นสองของบ้าน คิดเป็นร้อยละ 60.5 ไม่มีประวัติหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 55.3 และมีประวัติหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 44.7 ผู้ที่มีประวัติเคยหกล้มส่วนใหญ่หกล้มบริเวณ ห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 32.1

รองลงมาคือบันไดภายในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 25.0 สาเหตุของการหกล้มคือสะดุดพื้นหรือกระเบื้องที่ไม่เรียบ คิดเป็นร้อยละ 26.3 รองลงมาคือ ลื่นล้ม และสะดุดสายไฟหรือสิ่งกีดขวาง คิดเป็นร้อยละ 13.15 ผลการทดสอบความแตกต่างกันของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. ผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มมากที่สุดคือ การติดตั้งราวจับเพื่อพยุงตัวในทุกตำแหน่งที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนอิริยาบทจะช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้มได้ (Mean = 2.58, S.D. = 0.64) รองลงมาได้แก่ การเดินทางเดินหรือพื้นที่ไม่สม่ำเสมออาจทำให้หกล้มได้ (Mean = 2.55, S.D. = 0.60) กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มในระดับสูง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 65.8 (Mean = 2.29, S.D. = 0.27) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุควรระมัดระวังหากต้องเดินผ่านบริเวณที่พื้นต่างระดับหรือบริเวณที่มีพื้นลื่น (Mean = 3.0, S.D. = 0.00) รองลงมาได้แก่ การเดินทางเดินหรือพื้นที่ไม่สม่ำเสมออาจทำให้หกล้มได้ (Mean = 2.92, S.D. = 0.35) กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มในระดับสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 (Mean = 2.6, S.D. = 0.20) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมากที่สุดคือ การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น กระดูกหัก ศีรษะแตก ฟกช้ำ (Mean = 2.71, S.D. = 0.61) และการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการหรือเสียชีวิต (Mean = 2.71, S.D. = 0.56) รองลงมาได้แก่ การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเลือดออกในสมอง (Mean = 2.66, S.D. = 0.62) กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในระดับสูง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 (Mean = 2.47, S.D. = 0.39) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมากที่สุดคือ การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการหรือเสียชีวิต (Mean = 2.92, S.D. = 0.55) และการหกล้มของผู้สูงอายุทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บ (Mean = 2.92, S.D. = 0.27) กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในการหกล้มในระดับสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 (Mean = 2.74, S.D. = 0.20) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มมากที่สุดคือ การไม่วางของใช้บนพื้นรอบเตียงนอนจะช่วยทำให้ลดความเสี่ยงในการสะดุดล้มน้อยลง (Mean = 2.68, S.D. = 0.47) รองลงมาได้แก่ การติดตั้งราวจับ/ราวช่วยพยุงในห้องน้ำเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม (Mean = 2.61, S.D. = 0.59) กลุ่มทดลองมีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มในระดับสูง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 (Mean = 2.38, S.D. = 0.31) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มมากที่สุดคือ การติดตั้งราวจับ/

ราวช่วยพยุงในห้องน้ำเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม (Mean = 2.97, S.D. = 0.16) รองลงมาได้แก่ การเลือกนอนห้องบริเวณชั้น 1 เพื่อป้องกันการหกล้มจากการขึ้นบันไดบ้าน (Mean = 2.95, S.D. = 0.22) กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มในระดับสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 (Mean = 265, S.D. = 0.21) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มมากที่สุดคือ มีสิ่งกีดขวาง/ของใช้วางอยู่รอบเตียง (Mean = 0.79, S.D. = 0.41) รองลงมาได้แก่ มีราวจับบริเวณเส้นทางเดินจากห้องนอนไปยังห้องน้ำ (Mean = 0.76, S.D. = 0.43) และขอบบันได/พื้นต่างระดับติดแถบกาวสะท้อนแสงหรือทาสีสะท้อนแสง (Mean = 0.76, S.D. = 0.43) ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสิ่งแวดล้อมของที่

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงพักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มน้อยที่สุดคือ มีสวิตช์ไฟสามารถเปิด-ปิดได้ ทั้งจากด้านบนและด้านล่างของบันได (Mean = 0.32, S.D. = 0.47) กลุ่มทดลองมีระดับสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในระดับปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 (Mean = 12.1, S.D. = 2.74) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มมากที่สุดคือ การใช้เก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ (Mean = 0.58, S.D. = 0.50) และ ห้องนอนอยู่ชั้นสอง/ชั้นบนบ้าน (Mean = 0.58, S.D. = 0.50) ข้อคำถามที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มน้อยที่สุดคือ มีสิ่งกีดขวาง/ของใช้วางอยู่รอบเตียง (Mean = 0.18, S.D. = 0.39) รองลงมาคือ ห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องกันลื่นหรือเทปกันลื่น (Mean = 0.21, S.D. = 0.41) กลุ่มทดลองมีระดับสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในระดับต่ำ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 97.4 (Mean = 7.52, S.D. = 1.99) ในการหกล้มของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมีสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มน้อยลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 38)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		*t*	*P-value*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้ม	34.39	4.05	38.92	3.04	10.62	<.001*
การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม	24.76	3.92	27.44	2.05	6.49	<.001*
ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม	23.87	3.13	26.50	2.13	8.56	<.001*
สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้ม	12.11	2.74	7.52	1.99	12.22	<.001*

**P-value* < 0.05

3. ผลการวิจัยพบว่าภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 38)		กลุ่มควบคุม (n = 38)		*t*	*P-value*
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้ม						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	34.39	4.05	35.45	4.09	4.12	0.264
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	38.92	3.04	35.92	3.29	1.12	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	24.76	3.92	25.87	4.23	1.18	0.242
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	27.44	2.05	26.21	2.50	2.35	0.021*
ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	23.87	3.13	24.45	1.98	0.96	0.338
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	26.50	2.13	24.81	1.78	3.74	<0.001*
สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.11	2.74	11.76	1.89	0.62	0.529
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.52	1.99	11.07	1.82	8.13	<0.001*

**P-value* < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 (Mean = 2.59 , S.D. = 0.20) และมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 38.92 ,S.D. = 3.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มทดลองรับรู้ความเสี่ยงในการเดินผ่านบริเวณที่พื้นต่างระดับหรือบริเวณที่มีพื้นลื่น (Mean = 3.0, S.D. = 0.00) และการเดินในทางเดินหรือพื้นที่ไม่สม่ำเสมออาจทำให้หกล้มได้ (Mean = 2.92, S.D. = 0.35) สอดคล้องกับงานวิจัยของตวงรัตน์ อัคนาน และคณะ[11] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชนอำเภอเดิมนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและสภาพสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและในชุมชนที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับผลการศึกษาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ของนงนุช วงศ์สว่าง และคณะ[12] ที่พบว่าสถานที่ของการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในตัวบ้าน ร้อยละ 68.2 โดยสถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุภายในตัวบ้านคือ ทางเดินภายในตัวบ้านที่พื้นไม่สม่ำเสมอหรือต่างระดับ ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือในห้องน้ำซึ่งเป็นบริเวณที่มีพื้นผิวที่ลื่น ร้อยละ 26.7

การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มอยู่ในระดับสูงจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 (Mean = 2.74, S.D. = 0.20) และมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 27.44, S.D. = 2.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มทดลองรับรู้ว่าการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการหรือเสียชีวิตและการหกล้มของผู้สูงอายุทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีดา สาราลักษณ์[13] ซึ่ง

ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในเขตเทศบาลนครตรัง พบว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม และแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งเป็นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อการป้องกันการหกล้ม และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การศึกษาความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม จากผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มในระดับสูง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 (Mean = 2.65, S.D. = 0.21) และมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 26.50, S.D. = 2.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม คือ การติดตั้งราวจับ/ราวช่วยพยุงในห้องน้ำเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม รองลงมาได้แก่ การเลือกนอนห้องบริเวณชั้นหนึ่งเพื่อป้องกันการหกล้มจากการขึ้นบันไดบ้าน สอดคล้องการศึกษาของวิลาวัลย์ เอี่ยมสะอาด และคณะ[14] เรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง พบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมในบ้านและมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสามารถป้องกันการหกล้มได้

การศึกษาสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มในระดับต่ำ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 97.4 และมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 7.52, S.D. = 1.99) โดยกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมต่อการหกล้มที่น้อยลงจากการลดสิ่งกีดขวาง/ของใช้วางอยู่รอบเตียงและการปูพื้นด้วยกระเบื้องกันลื่นหรือเทปกันลื่นในห้องน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ของปริศนา รถสีดา[15] พบว่าสภาพแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยห้องน้ำเป็นบริเวณที่ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มมากที่สุด พื้นห้องน้ำควรมีการปูพื้นกันลื่น มีการติดตั้งราวจับ และบริเวณห้องนอนควรจัดของให้เป็นระเบียบ หยิบใช้ง่าย ไม่วางของเกะกะตามพื้นห้อง รวมไปถึงหากมีสัญลักษณ์ที่ชัดเจนหรือมีการทำสิ่งแจ้งเตือนในสิ่งที่กีดขวางหรือจุดที่เสี่ยงต่อการหกล้มภายในบ้านจะสามารถป้องกันการหกล้มได้

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม “รู้ทันความ

เสี่ยง สูงวัยปลอดภัย” ซึ่งเป็นการสร้างความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในการหกล้มรวมถึงสาเหตุในการหกล้มที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เมื่อกลุ่มทดลองทราบถึงความเสี่ยงและสาเหตุดังกล่าวจะสามารถวิเคราะห์สภาพสิ่งแวดล้อมของบ้านของตนเองและหาบริเวณที่เสี่ยงต่อการหกล้มได้ การเข้าร่วมกิจกรรม “ใส่ใจป้องกัน สูงวัยไม่ล้ม” ส่งผลให้กลุ่มทดลองรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการหกล้ม ได้แก่ การเสียชีวิต ความพิการ หรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล และก่อให้เกิดความตระหนักในผลกระทบดังกล่าว สอดคล้องการศึกษาเรื่องการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชาวอิหร่าน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Taheri-Kharameh, et al[16] ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการป้องกันการหกล้ม การประเมินการรับมือสถานการณ์การหกล้ม และความกลัวการหกล้มเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรม “ป้องกันล้มก่อนสาย ทำได้ไม่ยาก” โดยมีการเชื่อมโยงระหว่างความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในการหกล้ม การประเมินความเสี่ยงหรือภัยคุกคามต่อการหกล้มที่เชื่อมโยงกัน การสร้างความตระหนักจากความกลัวผลลัพธ์ที่เกิดจากการหกล้ม ซึ่งช่วยส่งเสริมการสร้างเป้าหมายในการลดความเสี่ยงของการหกล้มด้านสิ่งแวดล้อมที่ปรับปรุงได้ เกิดเป็นความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการป้องกันการหกล้มในกลุ่มทดลองที่มากขึ้น โดยมีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เสี่ยงหกล้มให้น้อยลงรวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยมากขึ้น จาก กิจกรรม “บ้านปลอดภัย สูงวัยไร้กังวล” เป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers[17] ซึ่งมีการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกระตุ้นให้เกิดความกลัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่คาดหวังไว้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มด้วยการลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในการหกล้มอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนที่ประกอบด้วยสมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งในบ้านและในชุมชนและสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน เป็นการสร้างศักยภาพในการป้องกันอุบัติภัยจากการหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่ให้ความช่วยเหลือ ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. หกล้มในผู้สูงอายุ อันตรายกว่าวัยอื่นหลายเท่าตัว ปัญหาที่ต้องระวัง [อินเตอร์เนต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/
2. WHO. Fall [internet]. 2021 [cited 2022 Oct 15]. Available from: https://www.who.int/news
3. กองการป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. การป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ [อินเตอร์เนต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23843
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด มหาชน; 2566.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ: รายงานข้อมูลจังหวัดปทุมธานี [อินเตอร์เนต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur?region=4&prov=MTM=&provn =4Lib4LiX4Li44Lih4LiY4Liy4LiZ4Li1

6. พรรณี ปานเทวัญ, อภิญญา อินทรรัตน์, และองค์อร ประจันเขตต์. พยาบาลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัทรักงานพิมพ์ 2017 จำกัด; 2566.
7. นัทฐิณี บุญช่วย และสมคิด ปราบภัย. ประสิทธิผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการรับรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส. วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ 2564; 47(2): 101-112.
8. กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ. คู่มือบ้านปลอดภัยไม่เสี่ยงล้ม [อินเตอร์เนต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2567]. สืบค้นวันที่ 5 ตุลาคม 2567. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/th/know/13/337
9. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall Inc, 1977.
10. Bloom, BS et al. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill, 1971
11. ตวงรัตน์ อัคนาน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ธงเทพ วงษ์ศรีสังข์, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา และศศิกานต์ พิลาภรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 14: 72-89.
12. นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จีนขาวขำ ชลธิชา บุญศิริ สุรินทร์ มีลาภล้น จารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ เพ็ญจมาศ คำธนะ และคณะ.ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Silpakorn University (มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ) 2560; 10(3): 2492-2506.
13. ปรีดา สาราลักษณ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในเขตเทศบาลนครตรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2564; 15(2): 1-13.
14. วิลาวัลย์ เอี่ยมสอาด, และกรรณิการ์ พินิจ. ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2566; 9: 103-114.
15. ปริศนา รถสีดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2561; 11(2): 15-25.
16. Taheri-Kharameh Z, Bashirian S, Heidarimoghadam R, Poorolajal J, Barati M, & Rásky É. Predictors of Fall Protective Behaviors Among Iranian Community-Dwelling Older Adults: An Application of the Protection Motivation Theory. Clinical Interventions in Aging 2020; 15: 123–129.
17. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo, J. and Petty, R., Eds., Social Psychophysiology, New York: Guilford Press, 1983.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์

Factors Related to Work Safety Behavior among Operators in a Feed Mills Group of Companies.

(Received: May 1,2025 ; Revised: May 21,2025 ; Accepted: May 22,2025)

พิมนภา รุโจปการ[1] ศศิธร ศรีมีชัย[2]

Pimnapa Rujopakarn[1] Sasithorn Srimeechai[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน และแบบสอบถาม ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

พบว่า มีอุบัติเหตุที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการบาดเจ็บ 9 ครั้ง ผู้ปฏิบัติงานมีการหยุดงาน รวมทั้งสิ้น 147 วัน เกิดอุบัติเหตุทรัพย์สินเสียหาย 7 ครั้ง และเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน 4 ครั้ง ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ จำนวน 336 คน มีความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 9.32, n = 167 (49.70%) มีการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานในระดับดี ($\bar{x}$ = 2.87, n = 317 (94.35%)) ความเห็นว่าหน่วยงานมีการดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีส่วนเอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานระดับดี ($\bar{x}$ = 2.78, n = 296 (86.90%)) การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน การรับรู้ข่าวสารและการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.51, n = 250 (74.40%)) และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับที่ดี ($\bar{x}$ = 3.42, n = 252 (75.00%)) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ระดับความรู้ด้านความปลอดภัย ระดับการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน ระดับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยฯ และระดับการได้รับการสนับสนุนด้านความปลอดภัยฯ เป็น (p-value = 0.035, < 0.001, < 0.001, 0. 007 และ 0. 002 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: พฤติกรรมความปลอดภัย, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, โรงงานอาหารสัตว์

Abstract

This study employed a cross-sectional survey design with the following objectives: (1) to examine the occupational health and safety conditions of each unit within a group of animal feed factories, and (2) to investigate the factors associated with work safety behavior among operators in these factories. Data were collected using two instruments: an occupational health and safety situation record form and a questionnaire.

The research findings indicated that, regarding occupational health and safety situations, there were nine accidents resulting in worker injuries, leading to a total of 147 lost workdays. Additionally, there were seven incidents of property damage and four emergency events reported. Among the 336 operators in the animal feed factory group, most possessed a moderate level of safety knowledge ($\bar{x}$ = 9.32, n = 167, 49.70%), while a majority demonstrated a good level of risk perception regarding their work ($\bar{x}$ = 2.87, n = 317, 94.35%). Most respondents agreed that their organizations had implemented effective safety practices and maintained a work environment conducive to safety ($\bar{x}$ = 2.78, n = 296, 86.90%). Furthermore, a substantial proportion reported receiving adequate organizational support, timely information dissemination, and personal guidance related to safety ($\bar{x}$ = 3.51, n = 250, 74.40%). Regarding safety behavior, 75% of respondents ($\bar{x}$ = 3.42, n = 252) reported good practices in their daily work. The factors found to be significantly associated with work safety behavior included: monthly income, level of safety knowledge, level of risk perception, effectiveness of organizational safety practices, and degree of organizational safety support, with p-values of 0.035, < 0.001, < 0.001, 0.007, and 0.002, respectively.

---

[1] วิชาเอกการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

ปัจจุบันอุตสาหกรรมในประเทศไทยมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตหรือให้บริการแก่ลูกค้า ไม่ว่าจะเป็นการนำเทคโนโลยี เครื่องมือเครื่องจักร หรือการเพิ่มจำนวนแรงงาน สำหรับส่งเสริมการดำเนินการทางธุรกิจ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสภาพแวดล้อม ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยจากการทำงานทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยสถานประกอบการประเภทโรงงานผลิตอาหารสัตว์นั้นมีสิ่งคุกคามที่มีศักยภาพในการทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน ได้แก่ ฝุ่น สารเคมี เสียงดังจากเครื่องจักร และความร้อน รวมถึงสภาพแวดล้อมการทำงานและระบบการจัดการด้านความปลอดภัยไม่เหมาะสม โดยทุกลักษณะงานในกระบวนการผลิตยกเว้นสำนักงาน มีความเสี่ยงด้านฝุ่น เสียง ความร้อน โดยชนิดของสิ่งคุกคามสุขภาพมีความคล้ายคลึงกันทุกลักษณะงาน แต่ปริมาณสิ่งคุกคามนั้นไม่เท่ากัน เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะงาน ทำให้พนักงานได้รับการสัมผัสจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่แตกต่างกัน หากสถานประกอบการไม่มีการจัดการสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสในการสัมผัสกับสิ่งคุกคามเหล่านี้ซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบหรืออันตรายต่อร่างกายและสุขภาพได้[1]

การกระทำของผู้ปฏิบัติงานนั้น ก็มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากอุบัติเหตุในงานนั้น เกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของบุคคลถึง 88% และปัจจัยที่ส่งผลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ถึงความเป็นอันตรายและสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้นทำให้พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงหลังการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้นจะทำให้พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแต่ละหน่วยงานมักมีการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมในการทำงานที่แตกต่างกัน[2]

โดยอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้นสามารถนำมาวิเคราะห์รายงานในรูปอัตราการเกิดอุบัติการณ์ (Total Recordable Injury Rate: TRIR) และอัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานถึงขั้นหยุดงาน (Lost-Time Injuries Frequency Rate: LTIFR) ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนถึงสถานการณ์การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติอุบัติเหตุของกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ พบว่าค่า LTIFR ภาพรวมในปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 0.45 และในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 0.48 (ตามตารางที่ 1) ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับบาดเจ็บถึงขั้นหยุดงานและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น[3,4]

ตารางที่ 1 แสดงค่า LTIFR ปี 2564-2565 ของกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์

LTIFR	โรงงานอาหารสัตว์													
	รวม	**กลุ่ม 1**	A	B	C	D	**กลุ่ม 2**	E	F	G	**กลุ่ม3**	H	I	J*
2564	**0.45**	0.22	0.00	0.32	0.56	0.00	0.66	0.46	1.19	0.35	0.66	0.92	1.61	ไม่มีข้อมูล
2565	**0.48**	0.41	0.28	0.00	0.62	0.74	0.87	1.63	1.28	0.00	0.37	0.00	1.16	0.00

จากปัญหาดังกล่าว จึงเป็นที่มาในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานโดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model การวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล

เพื่อนำมาเป็นข้อมูลการวางแผนดำเนินงาน โดยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม[5] รวมทั้งสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของโรงงานอาหารสัตว์ เพื่อทราบแนวทางการลดการเกิดอุบัติเหตุ ลดความเสี่ยงและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานในเครือบริษัทเอกชนแห่งนี้ได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ และสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอาหารสัตว์ โดยจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cochran จึงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 336 คน ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งจำนวนตามสัดส่วนผู้ปฏิบัติงานของแต่ละโรงงานอาหารสัตว์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน สำหรับบันทึกข้อมูลด้านความปลอดภัย ดังนี้ 1) จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ 2) จำนวนพนักงานที่มีอาการผิดปกติ/โรคจากการทำงาน 3) อัตราการเกิดอุบัติการณ์ (Total Recordable Injury Rate: TRIR) 4) อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานถึงขั้นหยุดงาน (Lost-Time Injuries Frequency Rate: LTIFR) 5) อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บถึงขั้นหยุดงาน (Lost-Time Injuries Severity Rate: LTISR)

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย ประกอบไปด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านความปลอดภัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยในการทำงานและด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีส่วนเอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านความปลอดภัยจากหน่วยงาน การรับรู้ข่าวสารด้านความปลอดภัย การได้คำแนะนำด้านความปลอดภัยรับจากบุคคล

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (Rating scales) 3 ระดับ ของแต่ละปัจจัยจากระดับดีไปจนถึงต่ำ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าอยู่ที่ 0.96 จากนั้นผู้วิจัยได้นำคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไขในจุดที่บกพร่องก่อนที่จะนำแบบสอบถามไปดำเนินลงพื้นที่เพื่อทำการทดลองใช้ (Try Out) และเก็บข้อมูล การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมทางด้านเนื้อหาและด้านภาษา แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอาหารสัตว์ จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น

ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.871 ซึ่งอยู่ในระดับดี หมายถึง แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างได้

หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้มา และนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาลักษณะการกระจายตัวของข้อมูลทั่วไป ซึ่งนำเสนอในรูปแบบตาราง ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร (Standard Deviation) ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย[6] ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

ระดับ	ค่าเฉลี่ยส่วนที่ 2	ค่าเฉลี่ยส่วนที่ 3 และ 4	ค่าเฉลี่ยส่วนที่ 5 และ 6
ดี	0.80-1.00	2.35 – 3.00	3.01 – 4.00
ปานกลาง	0.60-0.79	1.68 – 2.34	2.01 – 3.00
ต่ำ	0.00-0.59	1.00 – 1.67	1.00 – 2.00

และสถิติเชิงอนุมานการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยสถิติที่ใช้ คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 หน่วยงานในกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ ทั้ง 10 แห่ง มีอุบัติเหตุที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการบาดเจ็บทั้งหมด 9 ครั้ง โดยเป็นอุบัติเหตุถึงขั้นพบแพทย์จำนวน 4 ครั้ง อุบัติเหตุหยุดงานมากกว่า 1 วัน จำนวน 3 ครั้ง และอุบัติเหตุถึงขั้นหยุดงานและทุพพลภาพ จำนวน 2 ครั้ง ผู้ปฏิบัติงานมีการหยุดงาน รวมทั้งสิ้น 147 วัน เกิดอุบัติเหตุทรัพย์สินเสียหาย จำนวน 7 ครั้ง และเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งชั่วโมงการทำงานเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ทั้งหมด 3,856,001 ชั่วโมง จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มโรงงานอาหารสัตว์มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ (Total Recordable Injury Rate: TRIR) มีค่า 0.47 หมายความว่า ในสองแสนชั่วโมงการทำงานมีอุบัติการณ์ 0.47 ครั้ง อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานถึงขั้นหยุดงาน (Lost-Time Injuries Frequency Rate: LTIFR) มีค่า 0.31 หมายความว่า ในสองแสนชั่วโมงการทำงานมีผู้ปฏิบัติงานได้รับบาดเจ็บถึงขั้นหยุดงาน 0.31 คน และ อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการทำงานถึงขั้นหยุดงาน (Lost-Time Injuries Severity Rate: LTISR) มีค่า 7.62 หมายความว่า ในสองแสนชั่วโมงการทำงานมีการสูญเสียวันทำงานจากการบาดเจ็บ 7.62 วัน

2. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ปฏิบัติงานเป็นเพศชาย จำนวน 170 คน (ร้อยละ 50.60) และเพศหญิง 166 คน (ร้อยละ 49.40) ผู้ปฏิบัติงานส่วนมากมีอายุ 31-40 ปี จำนวน 139 คน (ร้อยละ 41.37) สถานภาพโสด จำนวน 135 คน (ร้อยละ 40.18) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 125 คน (ร้อยละ 37.20) ปฏิบัติงานในระดับงาน JL1 จำนวน 150 คน (ร้อยละ 44.64) มีรายได้ 10,001-19,999 บาท จำนวน 173 คน (ร้อยละ 51.49) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 293 คน (ร้อยละ 87.20) และผู้ปฏิบัติงานส่วนมากไม่เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงานในรอบ 1 ปี จำนวน 324 คน (ร้อยละ 96.43)

3. ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 167 คน (ร้อยละ 49.70) และมีคะแนนความรู้ด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 9.32)

4. การรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน อยู่ในระดับดี จำนวน 317 คน (ร้อยละ

94.35) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานในระดับดี ($\bar{x}$ = 2.87)

5. การดำเนินงานด้านความปลอดภัยในการทำงานและด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีส่วนเอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าหน่วยงานมีการดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีส่วนเอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานระดับสูง จำนวน 296 คน (ร้อยละ 86.90) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานด้านความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีส่วนเอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานระดับสูง ($\bar{x}$ = 2.78)

6. การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน การรับรู้ข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำจากบุคคล ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน มีการรับรู้ข่าวสารและการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในระดับดี จำนวน 250 คน (ร้อยละ 74.40) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน การรับรู้ข่าวสารและการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.51

7. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับดี จำนวน 252 คน (ร้อยละ 75.00) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในระดับดี ($\bar{x}$ = 3.42)

8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% นั้น พบว่า ในส่วนปัจจัยส่วนบุคคล มีเพียงรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก (r = 0.114) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.035) ปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับความรู้ด้านความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r = 0.268) และการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r = 0.335) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000) ปัจจัยเอื้อ คือ ระดับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยฯ นั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก (r = 0.146) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.007) และปัจจัยเสริม คือ ระดับการได้รับการสนับสนุนด้านความปลอดภัยฯ นั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก (r = 0.165) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002)

และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% นั้น พบว่า คะแนนความรู้ด้านความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r = 0.349) คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r = 0.427) คะแนนการดำเนินงานเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยฯ มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r = 0.330) และคะแนนการได้รับการสนับสนุนด้านความปลอดภัยฯ มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r = 0.245) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า รายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นส่วนหนึ่งในการจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการทำงานที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภชา คำเขียน [8] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตร ที่พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับงาน โรคประจำตัว ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน นั้น ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อดิเรก ธรรมวงศ์[9] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของพนักงาน บริษัท สิริ ซัคเซส ซัพพลาย จำกัด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการศึกษาปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ด้านความปลอดภัยดีกว่าสามารถเข้าใจ และปฏิบัติงานตามทฤษฎี ขั้นตอนการทำงานได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพงษ์ ศรีสุขกาญจน์[10] ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานอู่ทหารเรือพระจุลจอมเกล้า กรมอู่ทหารเรือ กรณีศึกษา : ในสายงานฝ่ายผลิต ที่พบว่า ความรู้ด้านความปลอดภัยกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยนำด้านการรับรู้ความเสี่ยง พบว่า “การรับรู้ความเสี่ยงด้านความปลอดภัย” ที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการตระหนักถึงความเสี่ยงจากการทำงานได้ดีกว่านั้นจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐพงษ์ ปานศิริ[11] ที่ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ ในโรงงานอุตสาหกรรม เขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงหลังการเกิดอุบัติเหตุ และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุ มีผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน

จากการศึกษาปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า การดำเนินงานด้านความปลอดภัยในการทำงานและด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีส่วนเอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากหน่วยงานมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์นโยบายด้านความปลอดภัย บริหารการดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ และจัดสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือในการทำงาน รวมถึงการฝึกอบรมให้ความรู้ จึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดพฤติกรรมความปลอดภัยและปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกฎระเบียบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อดิเรก ธรรมวงศ์[10] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของพนักงาน บริษัท สิริ ซัคเซส ซัพพลาย จำกัด จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความปลอดภัย เช่น นโยบายด้านความปลอดภัยของบริษัทฯ การกำกับดูแลด้านความปลอดภัย การให้ความรู้/อบรมด้านความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม/พื้นที่ในการทำงาน มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และจากการศึกษาปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน การรับรู้ข่าวสาร และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ เครื่องมืออุปกรณ์ รวมถึงข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำต่างๆ จากบุคคลรอบข้างนั้นเป็นส่วนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองขณะปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อนันตยาพร ชูนุ้ย[12] ที่ศึกษาปัจจัยการรับรู้และทัศนคติเรื่องความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานของพนักงานและลูกจ้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ในพื้นที่จังหวัดสงขลา ที่พบว่าปัจจัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านความปลอดภัยในการทำงาน มีผลต่อพฤติกรรมในการทำงานของพนักงานและลูกจ้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคในพื้นที่จังหวัดสงขลา และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิรา อุสาหะวงค์[13] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของพนักงานจัดเก็บขยะในเขตอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ที่พบว่า ปัจจัยเสริมประกอบด้วยการได้รับแรงสนับสนุนจากหน่วยงาน เช่น อุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง คำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว/ญาติพี่น้อง/เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน/ผู้บังคับบัญชาและการได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ทุกหน่วยงานควรจัดทำคู่มือปฏิบัติงานและเอกสารเผยแพร่ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ

2. หน่วยงาน E และ J ควรจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องจักรที่มีคุณภาพและมีระบบการป้องกันอันตราย รวมถึงจัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลอย่างเพียงพอต่อผู้ปฏิบัติงาน

3. หน่วยงาน E, F, I และ J ควรจัดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด จัดทำป้าย หรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย

4. หน่วยงาน E และ J ควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุ หรือสิ่งที่อาจก่อให้เกิดความเป็นอันตรายจากการทำงาน รวมถึงจัดให้มีตู้รับความคิดเห็นทางด้านความปลอดภัย

5. หน่วยงาน A , C , E , F , I และ J ควรสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจ ให้กับผู้ปฏิบัติงานโดยการสร้างความรู้สึกทำให้เกิดความสำเร็จ

6. หน่วยงาน A , C , E , F , I และ J ควรจัดให้มีการสื่อสารข้อมูลด้านความปลอดภัย ผ่านช่องทางที่หลากหลาย รวมถึงหน่วยงานควรจัดให้มีการทบทวนความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมความปลอดภัยกับสถานการณ์ด้านความปลอดภัยของหน่วยงาน และขยายงานวิจัยไปยังผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานประเภทอื่น ๆ

2. ควรศึกษาถึงตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำไปเสนอแนะ แก้ไข หรือปรับปรุงในการปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เช่น การได้รับการฝึกอบรม ประสบการณ์ประสบอุบัติแหตุ

3. ควรศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อสามารถให้เข้าถึงข้อมูลหรือปัญหาได้อย่างชัดเจน และตรงประเด็น ในการนำข้อมูลไปพัฒนาต่อยอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย เช่น การอบรมเพิ่มความรู้และฝึกทักษะด้านความปลอดภัย กิจกรรม Safety Talk เพื่อใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยของหน่วยงานได้

เอกสารอ้างอิง

1. ชลลดา พละราช, ขวัญแข หนุนภักดี. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งคุกคามสุขภาพและอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลกับผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานเก็บขยะในช่วงการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(3):505-517. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/download/256705/179481/1106428
2. พลกิจ จงวัชรสถิตย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานฮอทไลน์ (Hotline) การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค เขต 1, 2 และ 3 (ภาคกลาง) [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2564. เข้าถึงได้จาก: https://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3450/1/61602354.pdf
3. สุทธินี ศรีสมบัติ, วราภรณ์ วรรณพฤกษ์, ทิพวรรณ เกิดสุข. การประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรมอาหาร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2564;34(2):98-110.
4. วัชรินทร์ สร้อยสน, สุวรรณา เพ็ญแสง, สุนิสา มีธรรม. ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยในการทำงานและการใช้ LTIFR ในอุตสาหกรรมอาหารแปรรูป. วารสารอาชีวอนามัยและความปลอดภัย. 2565;18(1):45-59.
5. Ungvarsky J. PRECEDE–PROCEED model [Internet]. EBSCO Research Starters; 2025 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.ebsco.com/research-starters/consumer-health/precede-proceed-model
6. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
8. สุภชา คำเขียน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/9971
9. อดิเรก ธรรมวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของพนักงานบริษัท สิริ ชัคเซส ซัพพลาย จำกัด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://gseda.nida.ac.th/academics/database/students/fileupload/isdocument/20220428121943.pdf
10. ศิริพงศ์ ศรีสุขกาญจน์. ความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานอู่ทหารเรือพระจุลจอมเกล้า กรมอู่ทหารเรือ กรณีศึกษา: ในสายงานฝ่ายผลิต [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://libdoc.dpu.ac.th/thesis/141231.pdf
11. ณัฐพงศ์ ปานศิริ. การรับรู้การจัดการด้านความปลอดภัยของพนักงานบริษัท ABC [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://mis.krirk.ac.th/librarytext/MBA/2561/F_Sirima_%20Detpin%20ya.pdf
12. อนันตยาพร ชูนุ้ย. ปัจจัยการรับรู้และทัศนคติเรื่องความปลอดภัยในการทำงานที่มีผลต่อพฤติกรรมในการทำงานของพนักงานและลูกจ้างการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ในพื้นที่จังหวัดสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mbacampus.ru.ac.th/is/songkha/6324104453%20anuntayaporn%20chunuy.pdf
13. สมจิรา อุสาหะวงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของพนักงานจัดเก็บขยะในเขตอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://mis.krirk.ac.th/librarytext/SAS/2559/F_Somjira_%20Usaharwong.pdf

ศึกษาความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ในโรงพยาบาลกระบี่

Accuracy of HPV DNA Testing for Cervical Cancer Screening in Krabi Hospital.

(Received: May 1,2025 ; Revised: May 10,2025 ; Accepted: May 11,2025)

อนันตชัย ใจสบาย[1]

Anantachai Jaisaby[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ระหว่างการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเองและเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์ศึกษาในผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ณ แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 จำนวน 158 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง และกลุ่มเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยบุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และคำนวณค่าความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายผลบวก และค่าทำนายผลลบ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 45.98±7.96 ปี พบการติดเชื้อ HPV กลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 54.43 (แบ่งเป็น HPV type 16 ร้อยละ 24.05, HPV type 18 ร้อยละ 8.86, และ HPV type 16, 18 ร้อยละ 21.52) ผลตรวจทางพยาธิวิทยาพบเซลล์ผิดปกติ ร้อยละ 31.63 โดยพบ LSIL ร้อยละ 17.72 รองลงมาคือ CIN III ร้อยละ 7.59 ซึ่งมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด LEEP ร้อยละ 10.13 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 3.16 (5 คน) ในกลุ่มที่เก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าการติดเชื้อ HPV type 16, 18 ร่วมกันมีความสัมพันธ์กับผลตรวจพยาธิวิทยาพบความผิดปกติ (CIN II-III) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.032) ซึ่งการเก็บตัวอย่างโดยบุคลากรทางการแพทย์มีความแม่นยำสูงกว่าการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง โดยมีค่า ROC area 0.65 เทียบกับ 0.34 มีความไวร้อยละ 17.2 ความจำเพาะร้อยละ 94.7

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, HPV DNA test, การเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง, การเก็บตัวอย่างโดยบุคลากรทางการแพทย์

Abstract

This study was retrospective study aimed to assess the accuracy of HPV DNA testing for cervical cancer screening between self-collected and physician-collected vaginal samples. A was conducted on 158 participants undergoing HPV DNA test screening at the Gynecology Department of Krabi Hospital between October 2023 and September 2024. Participants were divided into two groups: self-collected testing (SCT) and physician-collected testing (PCT). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and calculations of sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value.

Results: The mean age of participants was 45.98±7.96 years. High-risk HPV infection was detected in 54.43% of samples, including HPV type 16 (24.05%), HPV type 18 (8.86%), and combined HPV types 16 and 18 (21.52%). Pathological examination revealed abnormal cells in 31.63% of samples, with LSIL found in 17.72% and CIN III in 7.59%. LEEP procedure was performed on 10.13% of patients, and cervical cancer was identified in 3.16% (5 patients). In the physician-collected group, co-infection with HPV types 16 and 18 showed a statistically significant relationship with pathological abnormalities (CIN II-III) (p=0.032). Physician-collected sampling demonstrated higher accuracy compared to self-collection, with ROC area of 0.65 versus 0.34, sensitivity of 17.2%, and specificity of 94.7%.

Keywords: Cervical cancer, HPV DNA testing, Self-collection, Physician-collection

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงทั่วโลก โดยมีสาเหตุหลักจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papillomavirus: HPV) [1] ที่สามารถตรวจคัดกรองได้ เพื่อตรวจหาโรคเมื่อไม่มีอาการ ซึ่งเป้าหมายของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อค้นหาการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ก่อนเกิดมะเร็งก่อนที่เซลล์เหล่านั้นจะกลายเป็นมะเร็ง และ

[1] สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลกระบี่

เมื่อเข้ารับการรักษาจะสามารถป้องกันไม่ให้มะเร็งพัฒนาขึ้นได้ [2] ดังนั้นองค์การอนามัยโลก จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การกำจัดมะเร็งปากมดลูกให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2573 โดยตั้งเป้าหมาย 90-70-90 คือ การให้วัคซีน HPV ในเด็กหญิงอายุ 15 ปี ร้อยละ 90 การตรวจคัดกรองในผู้หญิงอายุ 35 และ 45 ปี ร้อยละ 70 และการรักษาผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติ ร้อยละ 90 [3] สำหรับประเทศไทยแม้ว่าผู้หญิงจะมีสิทธิในเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่อุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยก็ยังคงสูง โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,622 รายต่อปี คิดเป็นอัตรา 16.2 ต่อประชากรหญิงแสนคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 4,513 รายต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 12 ราย [4] เนื่องจากการอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง หรือรู้สึกอึดอัดกับการตรวจภายในโดยบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นภาระของระบบสาธารณสุขในการจัดการตรวจคัดกรองจำนวนมาก ทำให้อัตราการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองไม่สูงเท่าที่ควร ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเองอาจเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่จะช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรอง

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การตรวจนี้สามารถตรวจพบการติดเชื้อ HPV ได้ก่อนที่จะเกิดความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ทำให้สามารถติดตามและป้องกันการเกิดมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ [2] การตรวจ HPV DNA test มีความไวสูงในการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็ง (CIN2+) โดยมีความไวประมาณร้อยละ 90-95 ซึ่งสูงกว่าการตรวจด้วยวิธี Pap smear ที่มีความไวเพียงร้อยละ 55-65 การตรวจนี้สามารถทำได้ทั้งจากตัวอย่างที่เก็บโดยแพทย์และการเก็บด้วยตนเอง [5] ในประเทศไทยได้มีการศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะระหว่างการตรวจเชื้อไวรัสเอชพีวีจากปากมดลูกด้วยตนเอง กับการตรวจโดยบุคคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มประชากรที่มารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วย HPV DNA test พบว่าอัตราการตรวจพบเชื้อไวรัส เอชพีวีในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางเซลล์ วิทยา (ตั้งแต่ชนิด Atypical squamous cells of undetermined significance: ASC-US ขึ้นไป) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าความสอดคล้อง (kappa) ระหว่าง 0.73 ถึง 0.92 มีค่าความไวและค่าความจำเพาะของการตรวจพบเชื้อไวรัสเอชพีวีด้วยตนเองในอัตราที่สูง ระหว่างร้อยละ 80-100 [6, 7] ดังนั้นองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ HPV DNA test เป็นการตรวจคัดกรองหลักในสตรีอายุ 30-65 ปี โดยแนะนำให้ตรวจทุก 5-10 ปี ในกรณีที่ผลเป็นลบ และติดตามด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ในรายที่ผลเป็นบวก [3]

โรงพยาบาลกระบี่พบว่าอัตราการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ยังค่อนข้างต่ำ แม้ว่าจะมีการให้บริการตรวจ Pap smear อย่างสม่ำเสมอ แต่ยังมีประชากรกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากที่ยังไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการตรวจ Pap smear ที่เป็นวิธีมาตรฐาน มักจะพบปัญหาเรื่องความไม่สะดวกสบายของผู้รับบริการ เช่น ความอายและความวิตกกังวลในการตรวจ จนเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ ประกอบกับยังไม่เคยมีการศึกษาความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ในบริบทของโรงพยาบาลกระบี่ การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อยืนยันว่าวิธีการดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพในการนำมาใช้จริงในพื้นที่ หากพบว่าการตรวจด้วยวิธี HPV DNA test โดยการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองมีความแม่นยำสูง จะสามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และเพิ่มอัตราการคัดกรองให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกและอัตราการเสียชีวิตในระยะยาวได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test หากตรวจพบ HPV 16 หรือ 18 จะส่งตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องตรวจช่องคลอด (Colposcopy) ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และถ้าตรวจพบ HPV สายพันธุ์อื่นๆ ที่มิใช่ HPV 16

หรือ 18 ส่งตรวจ Liquid based cytology (LBC) ถ้าผลการตรวจ LBC ปกติ แนะนำคัดกรองให้ตรวจติดตามด้วย Pap smear ที่ 1 ปี แต่ถ้าผลการตรวจ LBC ผิดปกติ ส่งตรวจ Colposcopy ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลการตรวจ HPV DNA test ที่มีการติดเชื้อกับผลตรวจทางพยาธิวิทยา

2. เพื่อศึกษาความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test

ระหว่างการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเองและเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์

วิธีการวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) **กลุ่มตัวอย่าง คือ** เวชระเบียนของผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี **HPV DNA test** ณ แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (**self collected testing**: SCT) และกลุ่มเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยบุคลากรทางการแพทย์ (**physician collected testing**: PCT) ซึ่งทั้งสองกลุ่มจะถูกนำไปตรวจวิเคราะห์ด้วยเทคนิคเดียวกัน ตามเกณฑ์การคัดเลือก คัดออก จำนวน 158 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) สตรีอายุ 30 -60 ปี 2) ผลการตรวจ HPV DNA test พบมีการติดเชื้อ 3) มีผลการตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยา ด้วยวิธี Colposcopy ในรายที่มีข้อบ่งชี้ ได้แก่ HPV type 16 หรือ 18 หรือ ผล cytology ผิดปกติ (ASC-US+) 4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก 5) ไม่มีประวัติการผ่าตัดมดลูกหรือปากมดลูก

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน หรือไม่สามารถติดตามผลการตรวจได้ 2) ตัวอย่างที่เก็บไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอสำหรับการตรวจวิเคราะห์

เครื่องมือในการวิจัย

ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ภาวะการเจริญพันธุ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะการตั้งครรภ์ และ วิธีคุมกำเนิด

ตอนที่ 2 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ได้แก่ ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ และผลการตรวจ

ตอนที่ 3 ผลการตรวจด้วยวิธี liquid based cytology (LBC) ได้แก่ ไม่พบเซลล์ผิดปกติ และพบเซลล์ผิดปกติแบ่งเป็น ASC–US Cervix, ASC- H Cervix, LSIL (CIN I), HSIL (CIN II), HSIL (CIN III), Squamous cell carcinoma และ Atypical glandular cells (AGSC)

ตอนที่ 4 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยวิธี Colposcopy ได้แก่ SCC, LSIL, HSIL (CIN I), HSIL (CIN II), HSIL (CIN III), AIS

การเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง (self collected testing: SCT) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน[8] ดังนี้

1. ล้างมือให้สะอาด / สเปรย์แอลกอฮอล์ ก่อนการเก็บตัวอย่างทุกครั้ง

2. ฉีกซองไม้เก็บตัวอย่าง จับตรงส่วนของขีดสีดำ ระวังอย่าสัมผัสโดนส่วนของสำลีปลายไม้เก็บตัวอย่าง และห้ามนำไม้เก็บตัวอย่างไปจุ่มในขวดน้ำยาก่อนเก็บตัวอย่าง

3. ยืน นั่ง หรือนอน ในท่าที่สบาย ใช้ไม้เก็บตัวอย่างสอดเข้าไปในช่องคลอด ลึกประมาณ 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร จากนั้นหมุนไม้เก็บตัวอย่างในทิศทางเดียวกัน ให้สำลีที่ปลายไม้เก็บตัวอย่างสัมผัสกับผนังของช่องคลอด จับเวลาประมาณ 10-30 วินาที แล้วดึงไม้ออก

4. เปิดฝาหลอดเก็บตัวอย่าง ในขณะที่ยังคงถือไม้เก็บตัวอย่างไว้ (ไม่ควรวางไม้เก็บตัวอย่างไว้ที่พื้น

เพราะอาจจะเกิดการปนเปื้อนได้) ระวังอย่าให้น้ำยาในหลอดหก

5. จุ่มไม้เก็บตัวอย่างลงในหลอดน้ำยาเก็บตัวอย่าง ให้ขีดสีดำกลางไม้ตรงกับขอบของหลอดน้ำยา แล้วทำการหักส่วนเกินของไม้เก็บตัวอย่างทิ้ง

6. ปิดฝาหลอดน้ำยาเก็บตัวอย่างให้สนิท พร้อมเขียน ชื่อ-นามสกุลที่ข้างหลอด

การเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยบุคลากรทางการแพทย์ (physician collected testing: PCT) หมายถึง เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูก จะต้องเก็บตัวอย่างเซลล์เยื่อบุผิวจากบริเวณปากมดลูก และช่องคลอดด้านใน (Endocervix) ด้วย cervical broom ต้องหมุนแปรง 5 รอบ ในทิศทางตามเข็มนาฬิกา โดยห้ามหมุนกลับในทิศทวนเข็มนาฬิกา หลังจากนั้นจุ่มไม้ broom ลงในกระป๋องน้ำยา HPV DNA test ทันที โดยแกว่ง 10 ครั้งให้เซลล์หลุดอยู่ในน้ำยา หลังจากนั้นทาการสะบัดไม้ broom อีกครั้งข้างกระป๋องน้ำยาด้านในเพื่อให้เซลล์หลุดออก ให้หมดก่อนนำไม้ broom ออกจากกระป๋องน้ำยา แล้วปิดฝาขวดน้ำยาให้สนิทโดยสังเกตจากขีดสีดำที่ฝาจะต้องตรงกับขีดสีดาที่ขวด [8]

ข้อจำกัดและข้อควรระวัง [8]

1. ต้องไม่มีการตรวจภายในมาก่อน (ในช่วง 24 ชั่วโมง) เพราะอาจมีสารหรือยาปนเปื้อนอยู่

2. ต้องไม่มีการใช้ผ้าอนามัยชนิดสอด ครีมหรือยาที่ใช้ทางช่องคลอดอื่นๆ อย่างน้อย 48 ชั่วโมง

3. ห้ามล้างหรือทำความสะอาดในช่องคลอดภายใน 48 ชั่วโมงก่อนมาตรวจเพราะอาจไม่มีเซลล์เหลือให้ตรวจ

4. งดการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนมารับการตรวจ 48 ชั่วโมง

5. ไม่ควรตรวจหากกำลังมีประจำเดือน

ขั้นตอนการส่งตัวอย่าง

เก็บกระป๋องน้ำยา/หลอดเก็บตัวอย่าง ไว้ที่อุณหภูมิห้อง (15-30 องศาเซลเซียส) โดยเก็บให้พ้นแสงและไม่ร้อนเกินไป จากนั้นพิมพ์ใบนำส่งตัวอย่างให้กับโรงพยาบาลที่รับเป็นหน่วยตรวจ HPV DNA Test นำไปส่งตรวจด้วยเครื่องตรวจอัตโนมัติ HPV DNA Test (ไม่ควรเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจไว้เกิน 4 สัปดาห์)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขออนุญาต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (hospital information system; HIS)

2. หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ ผู้วิจัยทำการรวบรวมกลุ่มประชากรตามเกณฑ์คัดเลือก โดยประสานงานกับหน่วยเวชระเบียนและแผนกสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยคัดกรองเวชระเบียนของผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเอง และกลุ่มเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยบุคลากรทางการแพทย์

4. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด โดยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนและความเหมาะสมของตัวอย่างที่เก็บสำหรับการตรวจวิเคราะห์

5. รวบรวมและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้นทั้ง 4 ตอน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ผลการตรวจด้วยวิธี liquid based cytology (LBC) และผลการตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยวิธี Colposcopy โดยบันทึกข้อมูลทั้งหมดตามที่ปรากฏในเวชระเบียนอย่างละเอียดและครบถ้วน

6. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกข้อมูล โดยทำการเปรียบเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียนต้นฉบับ หากพบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือมีความคลาดเคลื่อน จะทำการตรวจสอบซ้ำกับแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการบันทึกผล

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

7. จัดระบบการเก็บข้อมูลโดยการลงรหัสข้อมูล (coding) และจัดทำคู่มือลงรหัส (coding manual) เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล รวมทั้งจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีการสำรองข้อมูล (backup) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

8. นำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนแล้วไปวิเคราะห์ทางสถิติตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูลที่กำหนดไว้ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทั้งนี้การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะดำเนินการภายใต้หลักการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อัตราการพบผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความชุกในการติดเชื้อ HPV และอัตราการตรวจพบความผิดปกติทางเซลล์วิทยา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลการตรวจ HPV DNA test ที่มีการติดเชื้อ HPV กับความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Colposcopy และดำเนินการวิเคราะห์ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าทำนายผลบวก (Positive Predictive Value), และ ค่าทำนายผลลบ (Negative Predictive Value) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ REC 68-0030

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยในการศึกษานี้ 158 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เก็บตัวอย่างด้วยตนเอง (self-collected) และกลุ่มที่เก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์ (physician-collected) อายุเฉลี่ย 45.98±7.96 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 40.51 ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน

ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test พบ การติดเชื้อ HPV กลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 54.43 แบ่งเป็น HPV type 16 ร้อยละ 24.05 HPV type 18 ร้อยละ 8.86 และ HPV type 16, 18 ร้อยละ 21.52 ส่วนการติดเชื้อ HPV กลุ่มเสี่ยงสูงชนิดอื่นๆ พบร้อยละ 45.57 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test

HPV positive	Total N (%)	Self collected N (%)	Physician collected N (%)
HPV type 16	38 (24.05)	27 (28.72)	11 (17.19)
HPV type 18	14 (8.86)	10 (10.64)	4 (6.25)
HPV type 16, 18	34 (21.52)	16 (17.02)	18 (28.13)
Other HR HPV	72 (45.57)	41 (43.62)	31 (48.44)

ผลการตรวจความผิดปกติทางเซลล์วิทยา (Liquid based cytology: LBC)

ผลการตรวจความผิดปกติทางเซลล์วิทยา (LBC) ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ HPV กลุ่มอื่นๆ จำนวน 72 คน พบว่ามีผลการตรวจปกติ (NILM) 27 ราย (ร้อยละ 37.50) CIN I 10 ราย (ร้อยละ 13.89) และ CIN III 3 ราย (ร้อยละ 4.17) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจความผิดปกติทางเซลล์วิทยา (LBC) ในกลุ่ม ผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มอื่นๆ

HPV DNA results	Cervical cytology results (N)				
	NILM (N)	ASC-US (N)	ASC-H (N)	LSIL หรือ CIN I (N)	HSIL หรือ CIN III (N)
Self-collected	17	16	0	7	1
Physician collected	10	13	3	3	2
Total	27	29	3	10	3

Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy (NILM), Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US), Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL (ASC-H), Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL หรือ CIN I) , High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL หรือ CIN II) , High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL หรือ CIN III)

ผลตรวจทางพยาธิวิทยา

ผลตรวจทางพยาธิวิทยา โดยรวมพบว่า ไม่พบเซลล์ผิดปกติ ร้อยละ 31.64 พบเซลล์ผิดปกติ ร้อยละ 31.63 ส่วนใหญ่พบเป็น LSIL ร้อยละ 17.72 รองลงมาคือ CIN III ร้อยละ 7.59 ซึ่งมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด LEEP ร้อยละ 10.13 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่งเข้าสู่การรักษา ร้อยละ 3.16 (5 คน) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลตรวจทางพยาธิวิทยา ด้วยวิธี Colposcopy ในผู้ป่วยมีผลติดเชื้อกลุ่มเสี่ยงสูง (high-risk types) และผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มอื่นๆ (Other high-risk types) ที่ LBC ให้ผล ASC-H และ CIN I-III

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา	Self-collected N (%)	Physician collected N (%)	Total N (%)
ไม่พบเซลล์ผิดปกติ			
Normal cervical tissue	7 (7.45)	1 (1.56)	8 (5.06)
Inflammation	22 (23.40)	10 (15.63)	32 (20.25)
Metaplasia	4 (4.26)	6 (9.38)	10 (6.33)
พบเซลล์ผิดปกติ			
SCC	3 (3.19)	2 (3.13)	5 (3.16)
LSIL	16 (17.02)	12 (18.75)	28 (17.72)
LSIL หรือ CIN I	0 (0.00)	1 (0.63)	1 (0.63)
HSIL หรือ CIN II	1 (1.06)	3 (4.69)	4 (2.53)
HSIL หรือ CIN III	4 (4.26)	8 (12.50)	12 (7.59)
แผนการรักษาที่แนะนำ			
Follow-up ตามปกติ	85 (90.43)	51 (79.69)	136 (86.08)
LEEP	5 (5.32)	11 (17.19)	16 (10.13)
Cancer treatment	3 (3.19)	2 (3.13)	5 (3.16)

Squamous Cell Carcinoma (SCC) , Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL), Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL หรือ CIN I), High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL หรือ CIN II), High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL หรือ CIN III)

ความสัมพันธ์ของผลการตรวจ HPV DNA test ที่มีการติดเชื้อ HPV กับผลตรวจทางพยาธิวิทยาพบความผิดปกติ (CIN II - III)

ในกลุ่มเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อ HPV type 16, HPV type 18 และ HPV type 16, 18 มีผลพยาธิวิทยาเป็น NILM (ปกติ) และ LSIL เป็นหลัก พบ CIN III เพียงเล็กน้อย ส่วนในกลุ่มเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มที่ติดเชื้อ HPV type 16, 18 ร่วมกันพบผลผิดปกติระดับ CIN II และ CIN III สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน (พบ CIN II 2 ราย และ CIN III 4 ราย จากทั้งหมด 18 ราย) (ตารางที่ 4)

พบว่าในกลุ่มเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง การติดเชื้อ HPV type 16 พบผลตรวจพยาธิวิทยาผิดปกติ (CIN II-III) 2 รายจาก 27 ราย HPV type 18 ไม่พบผลผิดปกติจาก 10 ราย HPV type 16, 18 พบผลผิดปกติ 2 รายจาก 16 ราย และ Other HR HPV พบผลผิดปกติ 1 รายจาก 41 ราย ส่วนในกลุ่มเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์ การติดเชื้อ HPV type 16 พบผลผิดปกติ 1 รายจาก 11 ราย HPV type 18 ไม่พบผลผิดปกติจาก 4 ราย HPV type 16, 18 พบผลผิดปกติ 6 รายจาก 18 ราย และ Other HR HPV พบผลผิดปกติ 4 รายจาก 31 ราย โดยมีเพียงการติดเชื้อ HPV type 16, 18 ร่วมกันเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับผลตรวจพยาธิวิทยาพบความผิดปกติ (CIN II-III) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.032) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลการตรวจ HPV DNA test ที่มีการติดเชื้อ HPV กับผลทางพยาธิวิทยา ด้วยวิธี Colposcopy

HPV DNA test	Cervical cytology results (N)						
	NILM (N)	SCC (N)	LSIL (N)	CIN I (N)	CIN II (N)	CIN III (N)	Total (N)
Self-collected							
HPV type 16	16	2	7	0	0	2	27
HPV type 18	6	1	3	0	0	0	10
HPV type 16, 18	10	0	4	0	0	1	15
Other HR HPV	1	0	2	0	0	1	4
Physician collected							
HPV type 16	8	1	1	0	0	1	11
HPV type 18	3	0	1	0	0	0	4
HPV type 16, 18	5	1	6	0	2	4	18
Other HR HPV	1	0	4	0	1	3	9

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของผลการตรวจ HPV DNA test ที่มีการติดเชื้อ HPV กับผลตรวจพยาธิวิทยาพบความผิดปกติ (CIN II - III)

	Colposcopy		Chi^2	P-value
	Normal	Abnormal (CIN II - III)		
Self-collected				
HPV type 16	25	2	0.328	0.567
HPV type 18	10	0	0.628	0.428
HPV type 16, 18	14	2	1.974	0.160
Other HR HPV	40	1	1.197	0.274
Physician collected				
HPV type 16	10	1	0.611	0.434
HPV type 18	4	0	0.885	0.347
HPV type 16, 18	12	6	4.586	0.032*
Other HR HPV	27	4	0.775	0.379

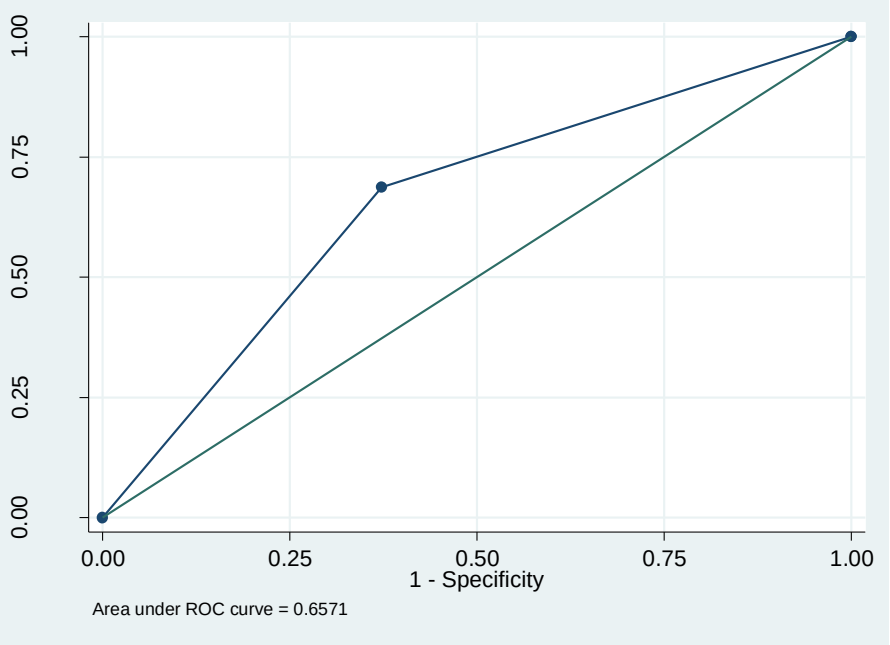
ความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

พบว่าการเก็บตัวอย่างโดยบุคลากรทางการแพทย์มีความแม่นยำสูงกว่าการเก็บตัวอย่างด้วย

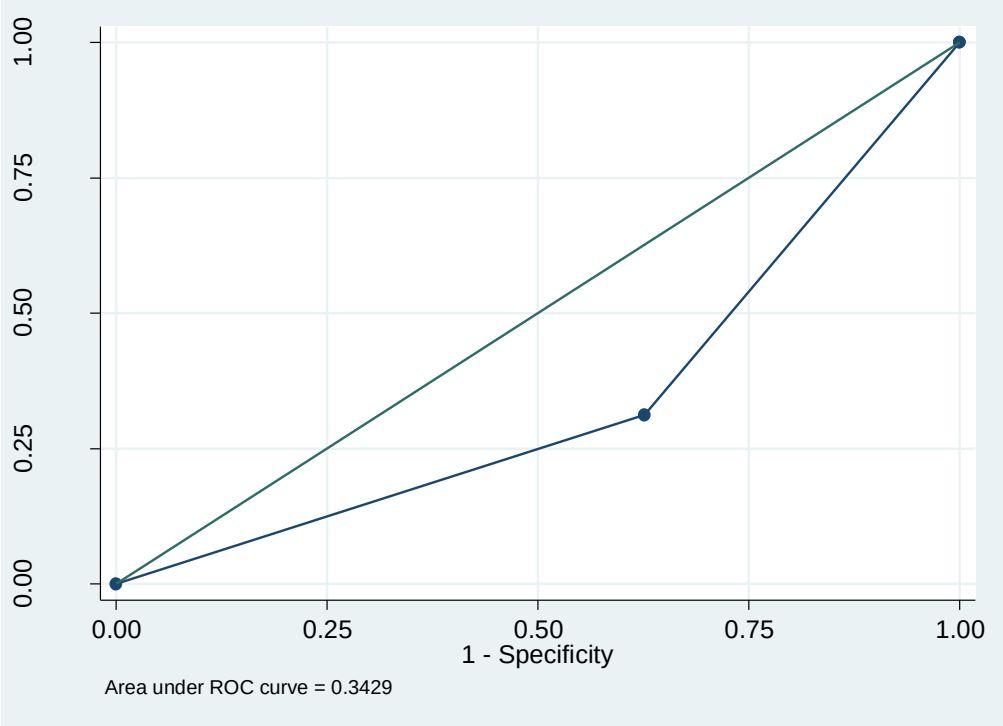
ตนเองในทุกด้าน โดยมีค่า ROC area 0.65 เทียบกับ 0.34 ในกลุ่มเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์ มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 17.2 สูงกว่ากลุ่มเก็บตัวอย่างด้วยตนเองประมาณ 3 เท่า มีความจำเพาะ (Specificity) สูงถึงร้อยละ 94.7 มีโอกาสให้ผลบวกลวงต่ำมาก มีค่าทำนายผลบวก (Positive predictive value) ร้อยละ 68.8 เมื่อผลตรวจเป็นบวก โอกาสที่จะพบความผิดปกติจริงมีสูงถึงเกือบ 7 ใน 10 และมีค่าทำนายผลลบ (Negative predictive value) ร้อยละ 62.7 สูงกว่ากลุ่มเก็บตัวอย่างด้วยตนเองอย่างชัดเจน โดยกลุ่มเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง มีความไว (Sensitivity) เพียงร้อยละ 5.3 มีความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 82.8 มีค่าทำนายผลบวก (Positive predictive value) ร้อยละ 31.3 เมื่อผลตรวจเป็นบวก โอกาสที่จะพบความผิดปกติจริงมีเพียงประมาณ 1 ใน 3 และมีค่าทำนายผลลบ (Negative predictive value) ร้อยละ 37.3 (ตารางที่ 6 และภาพที่ 1-2)

ตารางที่ 6 ความแม่นยำของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ระหว่างการเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตัวเองและเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์

Characteristics	Self collected	physician collected
ROC area	0.34	0.65
Sensitivity (%)	5.3	17.2
Specificity (%)	82.8	94.7
Positive predictive value (%)	31.3	68.8
Negative predictive value (%)	37.3	62.7



ภาพที่ 1 The area under the receiver operating characteristics curve (AUCs) for physician collected graph summary



ภาพที่ 2 The area under the receiver operating characteristics curve (AUCs) for self collected graph summary

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบการติดเชื้อ HPV กลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ 54.43 แบ่งเป็น HPV type 16 ร้อยละ 24.05, HPV type 18 ร้อยละ 8.86 และ HPV type 16, 18 ร่วมกัน ร้อยละ 21.52 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ซึ่งการศึกษาในประเทศจีนของ Zhao และคณะ [9] ที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจาก 17 การศึกษา พบว่าการติดเชื้อ HPV type 16, 18 มีความสัมพันธ์กับผลตรวจพยาธิวิทยาที่พบความผิดปกติ (CIN II-III) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.032) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาทั่วโลกที่ระบุว่า HPV 16 และ 18 เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การพบความสัมพันธ์นี้สนับสนุนถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองหาเชื้อ HPV โดยเฉพาะสายพันธุ์เสี่ยงสูงเหล่านี้

ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างชัดเจนในด้านความแม่นยำระหว่างการเก็บตัวอย่างทั้งสองวิธี โดยการเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์มีค่า ROC area 0.65 เทียบกับ 0.34 ในกลุ่มเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 17.2 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเก็บตัวอย่างด้วยตนเองประมาณ 3 เท่า มีความจำเพาะ (Specificity) สูงถึงร้อยละ 94.7 และมีค่าทำนายผลบวก (Positive predictive value) ร้อยละ 68.8 ผลนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Nilyanimit และคณะ [10] ที่พบว่าความสอดคล้องโดยรวมระหว่างการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองและการเก็บโดยแพทย์อยู่ในระดับสูง (91%) โดยในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะผิดปกติมีความสอดคล้องสูงถึงร้อยละ 94 ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น เทคนิคในการเก็บตัวอย่าง คุณภาพของอุปกรณ์ที่ใช้ หรือความแตกต่างในคุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา การศึกษาของ Haile และคณะ [11] ก็พบความแตกต่างในลักษณะเดียวกัน โดยรายงานว่าแม้ผู้หญิงส่วนใหญ่ (64.7%-93%) จะยอมรับการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองมากกว่าการเก็บโดยแพทย์ แต่ความสอดคล้องระหว่างผลการทดสอบจากทั้งสองวิธีอยู่ในระดับปานกลาง (kappa = 0.576) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่มีผลการตรวจผิดปกติกลับพบความสอดคล้อง

ในระดับดีถึงดีมาก (k=0.80-0.92) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Martinelli และคณะ [12] ที่พบว่าการเก็บตัวอย่างจากช่องคลอดด้วยตนเองมีประสิทธิภาพเทียบเท่าการเก็บโดยแพทย์จากปากมดลูกในการตรวจจับ CIN II+ โดยมีความไวร้อยละ 95.5 และความจำเพาะร้อยละ 31.3 จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกับการศึกษานี้อย่างมาก โดยเฉพาะในแง่ของความไว ซึ่งการศึกษานี้พบว่าการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองมีความไวเพียงร้อยละ 5.3 เท่านั้น ในขณะที่การศึกษาของ Parapob และคณะ[13] พบว่าอัตราการตรวจพบการติดเชื้อ HPV ที่มีความเสี่ยงสูงระหว่างการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองและการสุ่มตัวอย่างโดยแพทย์มีความใกล้เคียงกัน (80.6% vs 82.7%) และมีความสอดคล้องกันสูง (kappa = 0.75) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษานี้เช่นกัน ความแตกต่างระหว่างผลการศึกษาเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ประชากรที่ศึกษา เทคนิคและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บตัวอย่าง รวมถึงวิธีการตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ การศึกษาในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาวิธีการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกับการเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์

การศึกษาของ Zhao และคณะ [9] ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA testing โดยมีความไวสูงในการตรวจพบ CIN III หรือมากกว่าที่ร้อยละ 97.5 และมีความจำเพาะปานกลางที่ร้อยละ 85.1 ซึ่งสนับสนุนการนำ HPV DNA testing มาใช้เป็นการตรวจคัดกรองหลักสำหรับมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมีความไวสูง แต่การศึกษานี้พบว่าในกลุ่มเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์ มีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 94.7 ซึ่งสูงกว่าที่รายงานในการศึกษาของ Zhao นี้แสดงให้เห็นว่าเทคนิคที่ใช้ในการศึกษานี้มีประสิทธิภาพดีในแง่ของการลดผลบวกลวง ซึ่งเป็นข้อดีสำคัญในการคัดกรองที่ช่วยลดความวิตกกังวลและการติดตามที่ไม่จำเป็น

แม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่าการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองมีความแม่นยำต่ำกว่าการเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่ก็มีข้อดีหลายประการตามที่รายงานในการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาของ Haile และคณะ [11] ที่พบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่ยอมรับการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองมากกว่า และการศึกษาของ Parapob และคณะ [13] ที่รายงานว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) พึงพอใจการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองเนื่องจากสะดวกและปลอดภัย ความท้าทายสำคัญคือการพัฒนาเทคนิคการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการศึกษานี้ที่ระบุว่าควรมุ่งเน้นการพัฒนาเทคนิคและคู่มือการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการสร้างระบบสนับสนุน พัฒนาอุปกรณ์ และจัดทำคำแนะนำที่ชัดเจน

การศึกษานี้ได้ระบุถึงปัญหาและอุปสรรคหลายประการในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test เช่น อุปสรรคด้านความร่วมมือและการยอมรับจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร เนื่องจากชุดตรวจ HPV DNA มีราคาแพง และปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการติดตามผลและการรักษา ปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับความท้าทายที่พบในการศึกษาอื่นๆ และต้องการการแก้ไขอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test มีประสิทธิภาพสูงสุด

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test โดยการเก็บตัวอย่างจากบุคลากรทางการแพทย์มีความแม่นยำสูงกว่าการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง และการติดเชื้อ HPV type 16, 18 ร่วมกันมีความสัมพันธ์กับการพบความผิดปกติทางพยาธิวิทยาในระดับ CIN II-III อย่างมีนัยสำคัญ ตามข้อเสนอแนะในการศึกษา ควรมุ่งเน้นการพัฒนาเทคนิคและคู่มือการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HPV โดยเฉพาะ HPV type 16 และ 18 อย่างเป็นระบบ และการพัฒนาระบบการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองจะมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำ แต่ยังคงเป็น

ทางเลือกสำคัญสำหรับการเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ การพัฒนาคุณภาพของการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. มุ่งเน้นการพัฒนาเทคนิคและคู่มือการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการสร้างระบบสนับสนุน พัฒนาอุปกรณ์ และจัดทำคำแนะนำที่ชัดเจน เพื่อให้การเก็บตัวอย่างด้วยตนเองมีความถูกต้องและใกล้เคียงกับการเก็บโดยบุคลากรทางการแพทย์

2. ติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HPV โดยเฉพาะ HPV type 16 และ 18 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพยาธิวิทยาระดับ CIN II-III อย่างมีนัยสำคัญ ผ่านระบบการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบโครงการอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บตัวอย่าง HPV DNA test โดยเฉพาะการระบุและติดตามผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HPV type 16 และ 18 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพยาธิวิทยาระดับ CIN II-III

เอกสารอ้างอิง

1.Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians 2024;74(3):229-63. doi:10.3322/caac.21834.

2.World Health Organization. Human papillomavirus and cancer [Internet] [cited September 22, 2024]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer.

3.Organization WH. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem: World Health Organization; 2024.

4.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2567 [Internet] 2567 [cited 22 กันยายน 2567]. Available from: http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=inquiryCancerHospital.

5.Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. BMJ (Clinical research ed) 2018;363:k4823. doi:10.1136/bmj.k4823. pmcid:PMC6278587

6.Nilyanimit P. Comparison of detection sensitivity for human papillomavirus between self-collected vaginal swabs and physician-collected cervical swabs by electrochemical DNA chip. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP 2014;15(24):10809-12.

7.Nutthachote P, Oranratanaphan S, Termrungruanglert W, Triratanachat S, Chaiwongkot A, Baedyananda F, et al. Comparison of detection rate of high risk HPV infection between self-collected HPV testing and clinician-collected HPV testing in cervical cancer screening. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology 2019;58(4):477-81.

8.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

9.Zhao FH, Lin MJ, Chen F, Hu SY, Zhang R, Belinson JL, et al. Performance of high-risk human papillomavirus DNA testing as a primary screen for cervical cancer: a pooled analysis of individual patient data from 17 population-based studies from China. The Lancet Oncology 2010;11(12):1160-71. doi:10.1016/s1470-2045(10)70256-4. pmcid:PMC5716831.

10.Nilyanimit P, Wanlapakorn N, Niruthisard S, Takahashi M, Vongpunsawad S, Poovorawan Y. Comparison of detection sensitivity for human papillomavirus between self-collected vaginal swabs and physician-collected cervical swabs by electrochemical DNA chip. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2015;15(24):10809-12.

11.Haile EL, Cindy S, Ina B, Belay G, geertruyden Jean-Pierre V, Sharon R, et al. HPV testing on vaginal/cervical nurse-assisted self-samples versus clinician-taken specimens and the HPV prevalence, in Adama Town, Ethiopia. Medicine 2019;98(35):e16970.

12.Martinelli M, Giubbi C, Di Meo ML, Perdoni F, Musumeci R, Leone BE, et al. Accuracy of Human Papillomavirus (HPV) Testing on Urine and Vaginal Self-Samples Compared to Clinician-Collected Cervical Sample in Women Referred to Colposcopy. Viruses 2023;15(9). doi:10.3390/v15091889. pmcid:PMC10537107.

13.Parapob N, Lekawanvijit S, Tongsong T, Charoenkwan K, Tantipalakorn C. A comparative study of self-collected versus clinician-collected specimens in detecting high-risk HPV infection: a prospective cross-sectional study. Obstetrics & gynecology science 2024;67(6):557-64. doi:10.5468/ogs.24117. pmcid:PMC11581809.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม

Factors Influencing Oral Health Literacy among Village Health Volunteers in Nakhon Pathom Province.

(Received: May 1,2025 ; Revised: May 10,2025 ; Accepted: May 11,2025)

จิรวัฒน์ ขันสาคร[1] วรางคณา จันทร์คง[2] กิระพล กาละดี[2]
Jirawat Khansakorn[1] Warangkana Chankong[2] Kiraphol Kaladee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และ 3) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ทำการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 10,360 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.76 และ 0.87 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง อายุเฉลี่ย 56.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 12.46 ปี ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปาก 1 ช่องทาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก 2) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม อยู่ในระดับดี และ 3) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทาง และตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 13.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The objectives this research were to explore (1) personal factors and oral health care behaviors, (2) the level of oral health literacy, and (3) the influence of personal characteristics and oral health care behaviors on oral health literacy among village health volunteers (VHVs) in Nakhon Pathom province. This research using a cross-sectional survey design was conducted in a sample of 371 participants selected from 10,360 VHVs in Nakhon Pathom. The research tool was a questionnaire with a content validity value of 0.95; and the reliability values of the oral health care behavior questionnaire and the oral health literacy questionnaire were 0.76 and 0.87, respectively. The data were analyzed to determine frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression statistics.

The results showed that, among the participants: (1) most of them were females with an average age of 56.7 years, completed primary school, worked as farmers, had an average income of 5,001–10,000 baht per month, had no underlying diseases, had been VHVs for 12.5 years on average, received oral health information through one channel, and had overall oral health care behaviors at a very good level; (2) they had overall oral health literacy at a good level; and (3) their personal characteristics, including being female and bachelor's degree graduates, receiving

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

oral health information from more than three channels, and oral health care behaviors, could predict oral health literacy of VHVs in Nakhon Pathom by 13.7%, with a significant level of 0.05.

Keyword: Oral care behavior, Oral heath literacy, Village Health Volunteers

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องเกิดจากความตั้งใจของตัวบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะทางสุขภาพตนเองในวิถีชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยให้คำนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี[1] หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และเกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการได้[2] กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (Cognitive skill) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน[3]

ประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.ที่มีส่วนในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) มีบทบาทในกิจกรรมที่จำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐาน 14 กิจกรรม ซึ่งหนึ่งในกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากนั่นคือ กิจกรรมทันตสาธารณสุข (Dental Health) โดยปัญหาเรื่องสุขภาพและฟันนับเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญต่อประชาชนในชุมชนทุกกลุ่มทุกวัย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ วัยเด็ก ที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอาจส่งผลต่อการสูญเสียฟันอย่างถาวร และเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ส่งผลต่อชีวิตได้[4] แต่ละช่วงวัยจะมีปัญหาสุขภาพช่องปากแตกต่าง กันไป เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ ปริทันต์อักเสบ หรือการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุ เช่น ในผู้สูงอายุ 60–74 ปี มีการสูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 8.7 เมื่ออายุ 80–85 ปี เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 31.0 ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก[5] มีการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปาก[6] และความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก[7] พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีก่อให้เกิดปัญหาในช่องปากตามมา ปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งเรียกรวมๆว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง[8] รวมถึงการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมที่ไม่ดีหลายอย่างเกิดผลเสียกับสุขภาพช่องปาก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การกินหมาก การใช้ฟันผิดหน้าที่[9]

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีในทุกกลุ่มวัยต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากบุคลากรสาธารณสุขและจากภาคประชาชน แต่ยังมีประชาชนบางกลุ่มที่อาจจะยังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพมากนัก เช่น ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงหรือผู้พิการ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center; HDC) กระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงที่ได้รับการตรวจช่องปากในจังหวัดนครปฐม ร้อยละ 31.27 น้อยว่าภาพรวมระดับประเทศที่จำนวนผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงที่ได้รับการตรวจช่องปาก ร้อยละ 34.89 และจำนวนผู้พิการที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากในจังหวัดนครปฐม ร้อยละ 15.02 น้อยกว่าภาพรวมระดับประเทศที่จำนวนผู้พิการที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 25.62[10] นอกจากบุคลากรสาธารณสุขทั้งจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถเข้าถึงประชาชนในชุมชนแล้ว กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นกำลังหลักในเข้าถึงประชาชนในพื้นที่และสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน จังหวัดนครปฐมมีการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนมาอย่างต่อเนื่องโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลจักรสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมได้อย่างเข้มแข็ง หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจะมีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องแก่ประชาชนในชุมชนได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสามารถปฏิบัติหน้าที่และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัดนครปฐม ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 10,360 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร[11] จำนวน 371 คน โดยสุ่มตัวอย่างจากทุกอำเภอของจังหวัดนครปฐม ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

เกณฑ์คัดเข้า คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครปฐม ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออกคือ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวขณะทำการเก็บข้อมูล 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบ สอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็น

อสม. และช่องทางการได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปาก จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก 16 ข้อ ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก 5 ข้อ 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก 3 ข้อ 3) การตรวจช่องปากด้วยตนเอง 3 ข้อ และ 4) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก 5 ข้อ คำตอบเป็นการให้คะแนน 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน)และปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบ ไม่ได้ปฏิบัติ (5 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติทุกครั้ง (1 คะแนน)

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน < 60 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับไม่ดี คะแนน ≥ 60 - < 70% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับพอใช้ คะแนน ≥ 70 - < 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับดี และคะแนน ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยพัฒนามาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561[4] จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คำตอบที่ถูกต้อง = 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูกต้อง = 0 คะแนน ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 4 การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ และตอนที่ 6 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ โดยตอนที่ 2-6 คำตอบเป็นการให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 และน้อยที่สุด = 1

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน < 60 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับไม่ดี คะแนน ≥ 60 - < 70% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับพอใช้ คะแนน ≥ 70 - < 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับดี และคะแนน ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-object congruence; IOC) ทั้งแบบสอบถาม เท่ากับ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.76 และ 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2567/038.1908

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.5 มีอายุเฉลี่ย 56.7 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 38.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.7 ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 12.46 ปี ช่องทางการได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปากมากที่สุดคือได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 75.5 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปากจำนวน 1 ช่องทาง ร้อยละ 36.9

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 64.71 (คะแนนเต็ม 80 คะแนน) เมื่อแยกรายพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน พบว่า พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 20.47 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 11.48 (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) การตรวจช่องปากด้วยตนเองอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 10.11 (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) และการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 22.65 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 99.90 (คะแนนเต็ม 130 คะแนน) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 6.59 (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) องค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 20.38 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) องค์ประกอบทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 18.27 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) องค์ประกอบการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 19.17 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) องค์ประกอบทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 16.49 (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) และองค์ประกอบทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 18.99 (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การศึกษาระดับปริญญาตรี การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทาง และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร่วมกันทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 13.7 (Adjusted R^2 = 0.137) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

โดยที่ $\hat{Y}$ = คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

β_0 = ค่าคงที่

β_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

X_1 = พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

β_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการศึกษาระดับปริญญาตรี

X_2 = การศึกษาระดับปริญญาตรี

β_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทาง

X_3 = การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทาง

β_4 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

X_4 = กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

เมื่อแทนค่าในสมการจะได้ว่า

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
= 65.233 + 0.472(พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก) + 9.179(การศึกษาระดับปริญญาตรี) + 4.750(การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทาง) + 3.546(กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง)

จากสมการสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 0.472 หน่วย (β = 0.472) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ หากกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 9.179หน่วย (β = 9.179) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทางเมื่อเทียบกับ 1 ช่องทาง คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 4.750 หน่วย (β = 4.750) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ และหากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงเมื่อเทียบกับเพศชาย คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้น 3.546 หน่วย (β = 3.546) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ อายุ อาชีพหลัก รายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาการทำงานเป็น อสม. ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม ในรูปแบบคะแนนดิบ (β) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ (n = 371)

ตัวแปรพยากรณ์	β	Std. Error	beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	65.233	6.248		10.441	<0.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.472	0.098	0.237	4.833	<0.001
การศึกษาระดับปริญญาตรี	9.179	2.489	0.181	3.688	<0.001
การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทาง	4.750	1.833	0.127	2.591	0.010
เพศหญิง	3.546	1.553	0.112	2.283	0.023
$R = 0.383$, $R^2 = 0.147$, Adjusted $R^2 = 0.137$					

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอภิปรายผลแต่ละประเด็นได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก โดยด้านพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก และด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดีมาก ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดี อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องรวมถึงเป็นกิจวัตรที่ต้องดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองเป็นประจำทุกวันจึงทำให้มีการปฏิบัติตนได้ค่อนข้างดี สอดคล้องกับ อรรณพร ผาเจริญ[12] พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านกำลังใจ คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับวิธีการแปรงฟัน และการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี การช่วยเหลือดูแล และแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และ ศิริรัตน์ รอดแสวง[13] พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากคนในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ส่วนด้านการตรวจช่องปากด้วยตนเอง อยู่ใน

ระดับพอใช้ อาจเป็นเพราะการตรวจช่องปากด้วยตนเองต้องมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นรวมถึงมีอุปกรณ์อื่นเช่นกระจกเพิ่มขึ้นมา ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนอาจปฏิบัติได้ไม่ดี สอดคล้องกับ รุ่งเพ็ชร บุญทศ และคณะ[14] พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม อยู่ในระดับดี เมื่อแยกเป็นรายองค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับพอใช้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดีมาก ทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับดี การรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับดี ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก และทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับดี พิจารณารายองค์ประกอบส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับดีมากและดี สอดคล้องกับ ทรรศนีย์ บุญมั่น[15] พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ดาวรุ่ง เยาวกูล[16] พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก และอภิชาติ สบายใจ[17] พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากและดี ส่วนองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพช่องปากที่อยู่ในระดับพอใช้ อาจเป็นเพราะบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหลายประเด็น เรื่องสุขภาพช่องปากอาจไม่ใช่ประเด็นหลักจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับ แก้วใจ มาลีลัย และคณะ[18] พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง และอภิชาติ สบายใจ[17] พบว่า องค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี โดยในส่วนของสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่ยังขาดเรื่องวิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสม

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การศึกษาระดับปริญญาตรี การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทาง และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง มีความตระหนักรู้ถึงสิ่งที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปากตนเองและรู้จักหลีกเลี่ยงหรือป้องกันสิ่งนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของโมฮัมมาดี และคณะ[19] พบว่า พฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก กฤศภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว[20] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ และดาวรุ่ง เยาวกูล[16] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 ระดับการศึกษา การสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม อาจเนื่องมาจากการศึกษาในระดับปริญญามุ่งเน้นให้ผู้เรียนค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง ผู้เรียนจึงมีความคุ้นชินกับการคิดวิเคราะห์ในประเด็นที่ศึกษา มีผลให้การเกิดความตระหนักต่อสุขภาพของตนเอง จึงทำให้สามารถคิดวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยา ใจคำ และคณะ[21] พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปิยภา สอนชม และปิยะนารถ จาติเกตุ[22] พบว่า ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่เพียงพอมากกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

โมฮัมมาดีและคณะ[19] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และการ์เซีย-โคดินา และคณะ[23] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำสัมพันธ์กับระดับการศึกษาที่ต่ำ แตกต่างกับ ชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ[24] พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

3.3 การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปาก การได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากกว่า 3 ช่องทาง มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม เนื่องจากการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากจากหลากหลายช่องทาง สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบข้อมูลที่ได้รับมาและสามารถคิดวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ ปิยภา สอนชม และปิยะนารถ จาติเกตุ[23] พบว่า ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปากมากกว่า 1 ช่องทาง จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปากน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ช่องทาง ช่องทางการได้รับข้อมูลสุขภาพช่องปากมากที่สุดคือจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่บุคลากร สาธารสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเข้าถึงบริการสุขภาพโดยง่ายอยู่แล้ว จึงมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เป็นประจำ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขที่ถูกต้องทำให้คิดวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพช่องปากอื่นๆ ได้ สอดคล้องกับภมร ดรุณ และณรงค์วิทย์ ขุนพิจารย์[25] พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม โดยผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพในหน่วยบริการจะมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์จากเจ้าหน้าที่

3.4 เพศ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในภาพรวม อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมักจะมีความใส่ใจในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องของความสวยความงาม รวมถึงเรื่องของการดูแลสุขภาพส่วนตัวเป็นประจำอยู่แล้ว จึงทำให้เกิดการเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆ และรู้จักหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับ ปิยภา สอนชม และปิยะนารถ จาติเกตุ[22] พบว่า ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชาย สุภาพร มงคลหมู่[26] พบว่า เพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย โมฮัมมาดีและคณะ[19] พบว่า เพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสูงกว่าเพศชาย แตกต่างกับชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ[24] พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่เพศมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และจุฑาภรณ์ สว่างเมฆ[27] พบว่า เพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยมากกว่าเพศหญิง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยพฤติกรรมที่ควรได้รับการส่งเสริม ได้แก่ พฤติกรรมการตรวจช่องปากด้วยตนเอง และในส่วนของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพช่องปาก

1.2 ควรมีการส่งเสริมให้เกิดการถ่ายทอดข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านทางบุคลากรสาธารณสุข

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ช่องปากกับประชาชนในชุมชนโดยผ่านการดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 3 ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998.
2. กองสุขศึกษา. แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561 : การส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กอง; 2560.
3. กองสุขศึกษา. การเสริมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปีและกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561. ม.ป.ท.: กอง; 2561.
4. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
5. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ).; 2561.
6. อนุพงษ์ สอดสี. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
7. รอซีกีน สาเร๊ะ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. ว.สภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3(3):27-39.
8. เมธินี คุปพิทยานันท์, วรวิทย์ ใจเมือง. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก. ใน: เมธินี คุปพิทยานันท์, สุพรรณี ศรีวิริยกุล, บรรณาธิการ. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตู...สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555. หน้า 22-27.
9. สำนักทันตสาธารณสุข. คืนความสุข คืนรอยยิ้ม ผู้สูงวัย ฒ.ฟันดี [สื่อแผ่นพลิก]. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2554.
10. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). [สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph. go.th/hdc/main/index.php
11. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley& Sons; 1995.
12. อรรณพร ผาเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
13. ศิริรัตน์ รอดแสวง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ “นเรศวรวิจัย” ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ; 21-22 กรกฎาคม 2559; มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก: 2559. หน้า 786-797.
14. รุ่งเพ็ชร บุญทศ, จริญาณี สวัสดี, จันทร์จิรา อุดมผล, ธัญชนก สงแจ้ง, ศิณารักษ์ บุญศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านปึก อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี. ว.ทันตาภิบาล 2563;31(2):65-76.
15. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
16. ดาวรุ่ง เยาวกูล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. ว.วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1):257-272.
17. อภิชาติ สบายใจ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2567.
18. แก้วใจ มาลีลัย, ปณวัตร กิ่งมาลา, ชาลินี พสุนนท์, ธณัติฐา แก้วกันยา, วัชรพงษ์ เบญมาตย์, อัมพิกา พ่อบาล และคณะ. ความรู้และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด อำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี. ว.วิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6(4):51-60.

19. Mohammadi TM, Malekmohammadi M, Hajizaman HR, Mahan SA. Oral Health literacy and its determinants among adults in Southeast Iran. Eur J Dent. 2018;12(3):439-442. doi: 10.4103/ejd.ejd_429_17. PubMed PMID: 30147413.
20. กฤศภณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2565;14(1):206-218.
21. จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, อักษรา ทองประชุม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. ว.วิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564;8(2):1-24.
22. ปิยภา สอนชม, ปิยะนารถ จาติเกตุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลและสภาวะโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2565;72(2):329-339.
23. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre, MA, Masachs-Fatjo, et al. Determinants of health literacy in the general population: result of the Catalan health survey. BMC Public Health [Internet] 2019 [cited 2024 Jan 10];19(1):1122. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-019-7381-1
24. ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภรกรกุล, สุทัตตา ช้างเทศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ว.พยาบาลทหารบก 2567;19(พิเศษ):320-332.
25. ภมร ดรุณ, ณรงค์วิทย์ ขุนพิจารย์. ปจจัยที่มีผลตอความรอบรูดานสุขภาพและผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. ว.วิชาการ สคร. 9 ปี 2559;22(1):14-24.
26. สุภาพร มงคลหมู่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
27. จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. ว.อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2564;6(3):121-130.

ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

Effects of the Dental Health Program on Self-efficacy and Behaviors in Preventing Dental Caries and Gingivitis of Grade 6 Students in Pak Kret District, Nonthaburi Province.

(Received: April 13,2025 ; Revised: April 20,2025 ; Accepted: May 4,2025)

ปิยวรรณ เจริญอินทร์[1] วรางคณา จันทร์คง[2] กิระพล กาละดี[2]
Piyawan Jaroenin[1] Warangkana Chankong[2] Kiraphol Kaladee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ (2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และ กลุ่มควบคุม 35 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบทีแบบจับคู่ และ การทดสอบทีแบบอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบในระดับสูง และกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดอลงและหลังการทดลอง มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรค ดีกว่ากลุ่มควบคุมและหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โปรแกรมทันตสุขภาพ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

Abstract

This research aimed to study (1) the self-efficacy perception and behavior in preventing dental caries and gingivitis of Grade 6 students in Pak Kret District, Nonthaburi Province in the experimental and control groups, and (2) compare the mean scores of self-efficacy perception and disease prevention behavior of the experimental and control groups before and after the experiment. This research used a quasi-experimental research method. The sample consisted of 70 Grade 6 students, divided into the experimental group (35 students) and the control group (35 students). Data were collected by questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, including paired t-test and independent t-test.

The results of the study found that after the experiment, the experimental group had a high level of self-efficacy perception and a high level of dental caries and gingivitis prevention behavior. The control group had a high level of self-efficacy perception and a high level of dental caries and gingivitis prevention

[1] นักศึกษาปริญญาโท, หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (เอกวิทยาศาสตร์สุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

behavior. And the average scores of self-efficacy perception and disease prevention behavior of the experimental group and the control group before and after the experiment, the experimental group and after the experiment had better scores of self-efficacy perception and disease prevention behavior than the control group and after the experiment, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: self-efficacy, preventive behaviors against dental caries, oral health program, sixth-grade students

บทนำ

โรคในช่องปากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ประชากรเกือบ 3.5 พันล้านคนทั่วโลกได้รับผลกระทบจากโรคฟันผุ โรคเหงือกขั้นรุนแรง การสูญเสียฟัน และมะเร็งในช่องปาก ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อหลักทั้งห้ารวมกันถึงเกือบหนึ่งพันล้านคน[1] โดยเฉพาะปัญหาโรคฟันผุในเด็กวัยเรียนที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านพัฒนาการ สติปัญญา โภชนาการ บุคลิกภาพ และการเรียนรู้ เด็กที่มีฟันผุมักมีอาการปวดฟัน เสียวฟัน นอนไม่หลับ ขาดเรียน และเข้าสังคมได้น้อยลง รายงานของ WHO ปี 2560 ระบุว่า ค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุดในฟันแท้ (DMFT) ของเด็กอายุ 12 ปี ทั่วโลกอยู่ที่ 2.4 ซี่ต่อคน โดยประเทศในแถบเอเชียแปซิฟิกมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.3 ซี่ต่อคน ซึ่งพบแนวโน้มอัตราการเกิดโรคฟันผุเพิ่มสูงขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา[2] สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 49.7 และค่าเฉลี่ย DMFT เท่ากับ 1.2 ซี่ต่อคน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงที่สุด (ร้อยละ 57.7) และร้อยละ 56.3 ของเด็กไทยมีปัญหาช่องปากที่กระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยโรคฟันผุเป็นปัญหาหลัก (ร้อยละ 30.5)[3] เพื่อลดปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุการดูแลสุขภาพช่องปากไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเป้าให้เด็กอายุ 0–12 ปี “ฟันดีไม่มีผุ” (Cavity free) พร้อมกับการดำเนินมาตรการในโรงเรียน เช่น การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม และการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม[4] กลุ่มวัยรุ่นตอนต้น (อายุ 11–14 ปี) โดยเฉพาะในช่วงอายุ 12–13 ปี เป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการป้องกันโรคฟันผุ เนื่องจากเป็นวัยที่ฟันแท้ขึ้นครบ และสามารถเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี อีกทั้งยังเริ่มมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง[5] งานวิจัยของ Hall-Scullin และคณะ ยังพบว่า การสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่วัยก่อนเข้าสู่วัยรุ่น มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปากในระยะยาว[6] ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ระบุว่า ในช่วงปี 2562–2566 เด็กอายุ 12 ปีในจังหวัดมีแนวโน้มการฟันผุและเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในอำเภอปากเกร็ด ซึ่งมีอัตราฟันผุเพิ่มจากร้อยละ 28.18 เป็น 45.55 และอัตราเหงือกอักเสบเพิ่มเป็นร้อยละ 21.58 ปัญหานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีโปรแกรมเฉพาะที่ตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของกลุ่มนี้อย่างแท้จริง[7]

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่เหมาะสม ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะส่งผลต่อการลงมือปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) การสังเกตจากผู้อื่น 3) การได้รับการชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในวัยรุ่น[8] การศึกษาของเฉลิม หงส์สุด และคณะ ซึ่งพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังการดำเนินโปรแกรม นักเรียนมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และ

พฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งปริมาณคราบจุลินทรียลดลง โดยความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมของนักเรียน ครูผู้ปกครอง การให้รางวัล และการใช้สื่อที่เหมาะสมกับวัยเรียน[9]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นฐาน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้งในทางระบาดวิทยาและการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก และเป็นต้นแบบให้แก่โรงเรียนอื่นๆ นำไปปรับใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ตามโปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพตามแนวทางการดำเนินงานขั้นพื้นฐานตามปกติในระหว่างการดำเนินการวิจัย และได้รับความรู้ตามโปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองภายหลังการวิจัยสิ้นสุดลง ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย ทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2. ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2567 จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน

3. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

เกณฑ์การคัดนักเรียนเข้าร่วม (inclusion criteria) 1) นักเรียนที่กำลังศึกษาในโรงเรียนที่อยู่ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 2) นักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและมีการลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร 3) ผู้ปกครองอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมโปรแกรมและมีการลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรหรือหากผู้ปกครองไม่สามารถอ่านออกเขียนได้จะมีการประทับลายนิ้วมือ และมีพยานที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียลงนามด้วย 4) นักเรียนที่มีคะแนนในการทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ อยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง จากการทำการทดสอบ 5) ผู้บริหารให้ความร่วมมือ ครู และนักเรียนยินดีที่จะเข้าร่วมตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) นักเรียนที่เจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 2) นักเรียนที่ย้ายโรงเรียนในขณะที่ทำการวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับใคร นักเรียนแปรงฟันวันละกี่ครั้ง เมื่อนักเรียนมีปัญหาสุขภาพช่องปากนักเรียนจะปรึกษาใครเป็นคนแรก ในปีที่ผ่านมานักเรียนไปพบหมอฟันกี่ครั้ง และเหตุผลในการไปพบหมอฟัน รวมทั้งหมด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 35 ข้อ

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 10 ข้อ

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติดังนี้

1. แบบสอบถามส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติทีแบบจับคู่ (Paired Sample T-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent T-test)

6. จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 21/2567 วันที่ 6 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 12 ปี โดยมีอายุสูงสุด 13 ปี อายุน้อยสุด 11 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปากกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะปรึกษามารดาเป็นคนแรก ซึ่งในปีที่ผ่านมา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไปพบหมอฟันจำนวน 1 ครั้ง และเหตุผลในการไปพบหมอฟันส่วนใหญ่คือ นัดตรวจสุขภาพฟัน

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 12 ปี โดยมีอายุสูงสุด 13 ปี อายุน้อยสุด 11 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน เมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะปรึกษาบิดาและมารดารวมถึงลุง ป้า น้า อา เป็นคนแรก ซึ่งในปีที่ผ่านมากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไปพบหมอฟันจำนวน 1 ครั้ง และเหตุผลในการไปพบหมอฟันส่วนใหญ่คือ ฟันผุ ฟันเป็นรู

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการทดลองพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หลังได้รับโปรแกรม โดยความรู้เพิ่มจากร้อยละ 85.71 (ระดับต่ำ) เป็นร้อยละ 77.14 (ระดับสูง) การรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มเป็นร้อยละ 100 ความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มเป็นร้อยละ 94.29 และพฤติกรรมการป้องกันเพิ่มเป็นร้อยละ 80.00

ในขณะที่กลุ่มควบคุมแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยหลังการทดลอง เช่น ความรู้

เพิ่มเป็นร้อยละ 62.86 และพฤติกรรมการป้องกันอยู่ที่ร้อยละ 65.71 แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างชัดเจน ซึ่งยืนยันว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยในทุกตัวแปรเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยมี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ในขณะที่กลุ่มควบคุมแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงบ้าง แต่ยังอยู่ในระดับที่ต่ำหรือปานกลาง และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในหลายตัวแปรก่อนการทดลอง

ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก $\bar{X}$= 2.26, SD = 1.17 เป็น $\bar{X}$= 7.54, SD = 1.62 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$= 4.37, SD = 1.68 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก $\bar{X}$= 11.74, SD = 1.85 เป็น $\bar{X}$= 22.97, SD = 2.65 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองอยู่ที่$\bar{X}$= 17.69, SD = 2.30 ($p < 0.001$)

ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก $\bar{X}$ = 23.14, SD = 2.26 เป็น $\bar{X}$= 45.69, SD = 4.26 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง$\bar{X}$ = 35.86, SD = 4.07 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก $\bar{X}$ = 23.31, SD = 2.25 เป็น $\bar{X}$ = 44.77, SD = 4.88 ขณะที่กลุ่มควบคุมหลังทดลองมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 34.69, SD = 4.78 ($p < 0.001$)

ผลการเปรียบเทียบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งผลเชิงบวกอย่างชัดเจนต่อการพัฒนาความรู้ ความเชื่อมั่น และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ผ่านกระบวนการที่มีส่วนร่วมตามหลักการของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการขยายผลในระดับโรงเรียนหรือจังหวัดอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบประเด็นสำคัญ นำมาสู่การอภิปรายผล ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

จากผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับสูงในร้อยละ 77.14 และพฤติกรรมการป้องกันที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.57 ที่เคยอยู่ในระดับต่ำ เป็นร้อยละ 80.00

ในระดับสูงหลังการทดลอง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ใช้ในกลุ่มทดลองมีเนื้อหาที่ชัดเจน ครอบคลุม และถูกออกแบบให้เหมาะสมกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติจริง การสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน และการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น การสาธิตวิธีการแปรงฟันอย่างถูกต้อง อาจช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถนำไปปรับใช้ได้ทันที การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ โดลาตาบาดี และคณะ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดี โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองที่สูงขึ้นทั้งในระดับทั่วไปและเฉพาะงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น เช่น ความถี่ในการแปรงฟันที่เหมาะสม การบริโภคน้ำตาลในระดับที่ลดลง และการเข้าพบทันตแพทย์เป็นประจำ อีกทั้งการรับรู้ความสามารถตนเองยังเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ เช่น การประเมินสุขภาพช่องปากของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ นอกจากนี้การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ใช้ในกลุ่มทดลอง เช่น การฝึกปฏิบัติจริงการสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมที่สนุกสนาน และการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น การสาธิตวิธีการแปรงฟันอย่างถูกต้อง ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้และทักษะของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง[10] ตามแนวคิดของแบนดูราซึ่งเน้นย้ำว่า “การรับรู้ความสามารถของตนเอง” เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองของวัยรุ่นเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน[11]

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

2.1 ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 2.26) เป็นระดับสูง ($\bar{X}$ = 7.54) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.37) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สะท้อนว่าโปรแกรมที่ใช้สามารถพัฒนาความรู้ในกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเป็นผลมาจาก โปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ผ่านวิธีการที่เข้าใจง่าย เช่น การสาธิต การใช้ภาพประกอบ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยตรง ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติได้ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรารัตน์ เอมแย้ม ได้กล่าวว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดกิจกรรมให้กับนักเรียนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนได้เป็นอย่างดี[12] และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของหยาดพิรุณ วังอะโศก พบว่า โปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในเขตตำบลสะเอียบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[13]

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 11.74 และ $\bar{X}$ = 12.17 ตามลำดับ) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.364) แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ($\bar{X}$ = 22.97) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 17.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้สาเหตุที่เป็นไปได้ คือ การสร้างกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้เรียน เช่น การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน การฝึกปฏิบัติซ้ำๆ และการได้รับคำชื่นชมเมื่อทำสำเร็จ ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการที่ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติจริงและประสบความสำเร็จในกิจกรรม จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง[14] และสอดคล้องกับงานวิจัยของกิติศักดิ์ วาทโยธา และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี นักเรียนมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[15]

2.2.3 ความคาดหวังในผลลัพธ์

ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 11.74 และ $\bar{X}$ = 23.60 ตามลำดับ) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.120) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากระดับต่ำ เป็นระดับสูง ($\bar{X}$ = 45.69) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 35.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเป็นเพราะ โปรแกรมดังกล่าวช่วยสร้างความเข้าใจ ในผลลัพธ์ที่ชัดเจนจากการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การป้องกันฟันผุหรือเหงือกอักเสบ ซึ่งได้รับการสื่อสารผ่านกิจกรรมเชิงรุกที่เชื่อมโยงระหว่างการปฏิบัติกับผลลัพธ์ในชีวิตจริง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเนื่องมาจากโปรแกรมทันตสุขศึกษาที่ออกแบบให้สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเอง เช่น การสาธิตวิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน การตรวจคราบจุลินทรีย์ การให้รางวัลและเกียรติบัตร และกิจกรรมที่เชื่อมโยงระหว่างการดูแลสุขภาพช่องปากกับผลลัพธ์ที่จับต้องได้ ในชีวิตจริง เช่น การป้องกันฟันผุและเหงือกอักเสบ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตน โดยมีแนวคิดของแบนดูรา ที่ระบุว่าความคาดหวังผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล[16] ซึ่งผลการศึกษาของพิชญาพร พรหมแสง สอดคล้องกับแนวทางของงานวิจัยนี้ โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการปรับใช้กิจกรรมเชิงรุกและแนวทางที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน[17]

2.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ

ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการป้องกันในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 23.31 และ $\bar{X}$ = 23.80 ตามลำดับ) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.446) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากระดับต่ำเป็นระดับสูง ($\bar{X}$ = 44.77) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 34.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้สาเหตุที่เป็นไปได้ คือ กิจกรรมในโปรแกรมเน้นการปฏิบัติจริงที่นักเรียนสามารถนำไปปรับใช้ได้ เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟัน และการตรวจสุขภาพฟันเบื้องต้นด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้พฤติกรรมเหล่านี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ

งานวิจัยของสริญญา รอดพิพัฒน์ พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนด้านความรู้เจตคติและการปฏิบัติและสุขภาพช่องปาก ด้านความสะอาดของฟันและสุขภาพเหงือกของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[18] และงานวิจัยของวรวลัญช์ หิรัญวิชญารัตน์ ยังพบว่า ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มนิสิตทันตแพทย์ชั้นคลินิกนิสิตทันตแพทย์ชั้นพรีคลินิก และนักเรียนโรงเรียนสาธิตปทุมวันมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[19]

ทั้งนี้ผลการศึกษาในข้อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่ออกแบบอย่างเหมาะสมมีผลต่อการเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองได้อย่างชัดเจน โดยมีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเน้นปฏิบัติจริงในบริบทการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ช่วยเพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างมีนัยสำคัญ ควรดำเนินการ ฝึกอบรมครูในโรงเรียนประถมศึกษาให้สามารถใช้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรปกติ และเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยไม่ต้องพึ่งพาการจัดกิจกรรมจากภายนอก

1.2 เนื่องจากผลการวิจัยแสดงถึงความสำเร็จในการปรับพฤติกรรม ควรขยายการดำเนินงานไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อื่น โดยจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความเชี่ยวชาญในโปรแกรม และสามารถเป็นผู้ฝึกอบรมให้กับครูในโรงเรียนของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้โปรแกรมกระจายไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 หลังจากที่ครูและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้รับการฝึกอบรม ควรจัด กิจกรรมส่งเสริมบทบาทของผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก เช่น การอบรมหรือกิจกรรมครอบครัวในโรงเรียน พร้อมทั้งติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมในโรงเรียนต่าง ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันสำหรับติดตามพฤติกรรมการแปรงฟัน วิดีโอให้ความรู้ หรือเกมเชิงโต้ตอบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมและกระตุ้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

2.2 เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมที่ใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับวิธีการเรียนรู้แบบอื่น ๆ เช่น การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่ม หรือการเรียนรู้ผ่านการให้รางวัล เพื่อวิเคราะห์ว่าวิธีใดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนมากที่สุด

2.3 ติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมประชาสัมพันธ์. สมาพันธ์ทันตแพทย์โลกวอนผู้นำโลกให้ความสำคัญกับการรับมือโรคช่องปาก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/2124/iid/167641
2. ณัฐวัฒน์ สุวคนธ์, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยแรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบที่ดีต่อการป้องกันโรคฟันผุของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ ม.ราชภัฏอุบลราชธานี. 2561;11(1):53-62.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-144
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การเกิดโรคเหงือกอักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf
5. อธิวัฒน์ หัสดาลอย, สุรีย์ จันทรโมลี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, มยุนา ศรีสุภนันต์. ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ได้รับการจัดฟัน. วารสารทันต ม.ขอนแก่น. 2560;20(2):37-51.
6. Hall-Scullin E, Goldthorpe J, Milsom K, Tickle M. A qualitative study of the views of adolescents on their caries risk and prevention behaviors. BMC Oral Health. 2015;15:1–10.
7. สำนักโภชนาการ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในช่องปาก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-/oralcare.pdf
8. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997. p.23–28.
9. เฉลิม หงษ์สุด, บัววรุณ ศรีชัยกุล, จตุพร เหลืองอุบล. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตตำบลหนองผือ อ.จตุรพักตรพิมาน จ.ร้อยเอ็ด. วารสารทันตาภิบาล. 2563;30(1):39–56.
10. Dolatabadi S, Seyedi H, Tohidi S. A new method for loss of excitation protection of synchronous generators in the presence of static synchronous compensator based on the discrete wavelet transform. Electr Power Syst Res. 2022;209:107981.
11. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997. p.23–28.
12. จิรารัตน์ เอมแย้ม. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ต.มหาโพธิ อ.เก้าเลี้ยว จ.นครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
13. หยาดพิรุณ วังอะโศก. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 โรงเรียนในเขตตำบลสะเอียบ อ.สอง จ.แพร่ [การศึกษาค้นคว้าอิสระ]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2560.
14. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997. p.23–28.
15. กิติศักดิ์ วาทโยธา, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี เขตพื้นที่อำเภอโกสัมพีนคร จ.กำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
16. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997. p.23–28.
17. พิชญาพร พรหมแสง. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถความคาดหวังในการปฏิบัติและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแสงธรรมวิทยามูลนิธิ จ.ตรัง [วิทยานิพนธ์]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร; 2561.
18. สริญญา รอดพิพัฒน์. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับนักเรียนประถมศึกษา: ประยุกต์ใช้กล้องสมาร์ตโฟนเอ็นโดไมโครสโคป [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
19. วรวลัญช์ หิรัญวิชญารัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน นิสิตทันตแพทย์และทันตแพทย์ในกรุงเทพมหานคร. วารสารทันต ม. ศรีนครินทรวิโรฒ. 2564;14(2):48–64.

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

Oral Health-Related Quality of Life among Denture Wearers in Phra Samut Chedi District, Samut Prakarn Province.

(Received: May 3,2025 ; Revised: May 10,2025 ; Accepted: May 11,2025)

ณัฐพัชร์ ร่วมเจริญชัย[1]วรางคณา จันทร์คง[2] กิระพล กาละดี[2]
Natthaphat Ruamjaroenchai[1] Warangkana Chankong[2] Kiraphol Kaladee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 2) ข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และ 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ทำการศึกษาในผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ช่วงปี 2561-2566 ที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 218 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 145 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน และสถิติความถดถอยเชิงพหุแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี 2) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ใส่ฟันเทียมทั้งปาก มีอายุเฉลี่ย 68.44 ปี สามารถเดินทางมารับบริการได้ด้วยตัวเอง และส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับมาก 3) อายุและชนิดฟันเทียมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและ 4) ฟันเทียมบางส่วนถอดได้และการเข้าถึงบริการสุขภาพร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 10.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงบริการสุขภาพ ฟันเทียม

Abstract

The objectives of this research were to explore (1) oral health-related quality of life, (2) personal characteristics and access to health services, (3) factors related to oral health-related quality of life, and (4) factors influencing oral health-related quality of life among denture wearers in Phra Samut Chedi district, Samut Prakarn province. The survey research was conducted in 145 participants (calculated sample size) selected from all 218 complete denture or removable partial denture wearers during 2018–2023 at Phra Samut Chedi Sawatyanon Hospital in Phra Samut Chedi district. Data were collected using a questionnaire with the content validity value of 0.94 and reliability values for access to health services and oral health-related quality of life of 0.89 and 0.91, respectively. The data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, Spearman's rank correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that, among the participants: (1) most denture wearers had a high level of oral health-related quality of life; (2) most of them were female and complete denture wearers with a mean age of 68.44 years, had access to health services by themselves and had a high level of access to health services; (3) age and type of denture were related to oral health-related quality of life; and (4) removable partial dentures and access to health services significantly influenced 10%of oral health-related quality of life at a significance level of 0.05.

Keyword: Oral health-related quality of life, Access to health services, Denture

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบตามมาหลายด้าน ทั้งความสามารถในการบดเคี้ยวที่ลดลง การออกเสียงไม่ชัดเจนส่งผลต่อการพูดและสูญเสียความมั่นใจทำให้ผู้ป่วยบางรายหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมส่งผลโดย ตรงต่อคุณภาพชีวิต[1] ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญคือการสูญเสียฟัน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พบว่าอัตราการสูญเสียฟันพบสูงตั้งแต่ในวัยทำงานและเพิ่มสูงขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 43.7 ที่เหลือจำนวนฟันหลังที่เพียงพอสำหรับการบดเคี้ยว ซึ่งปัญหาในช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากคือการสูญเสียฟันทั้งปาก ผู้สูงอายุ 80-85 ปีพบการสูญเสียฟันทั้งปากและมีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60-74 ปี[2] การฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้ที่สูญเสียฟันด้วยการใส่ฟันเทียมจึงเป็นการรักษาที่ช่วยให้ผู้สูญเสียฟันสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ให้มีอายุการใช้งานได้นานขึ้น ช่วยในการออกเสียงพูด ส่งเสริมด้านภาพลักษณ์และสร้างความมั่นใจในการเข้าสังคม ทำให้ผู้สูญเสียฟันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ฟันเทียมทดแทนที่เป็นบริการหลักในสถานบริการของรัฐ และอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมคือฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติก[3] มีข้อดีคือมีค่าใช้จ่ายน้อยและการรักษาไม่ยุ่งยากซับซ้อน อย่างไรก็ตามการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติกมีขั้นตอนทางคลินิกหลายขั้นตอน โดยผู้ป่วยจะต้องมารับบริการหลายครั้งขึ้นอยู่กับลักษณะและสภาพช่องปากของแต่ละบุคคล และเมื่อใช้งานฟันเทียมไปในระยะหนึ่งจะเริ่มหลวม รู้สึกไม่สบายจากการสลายตัวของกระดูกขากรรไกรที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังการถอนฟันและดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจแก้ไขเป็นประจำทุก 6 เดือน – 1 ปี[4] ดังนั้นภายหลังการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมารับการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ หากไม่มารับการตรวจแก้ไขมีโอกาสที่จะเกิดความไม่สบายจากการใช้งานฟันเทียม หากความไม่สบายนั้นรุนแรงมากขึ้นจนก่อให้เกิดความเจ็บปวด ผลคือผู้ป่วยจะเลิกใส่ฟันเทียมในที่สุด ความร่วมมือของผู้ป่วยในการเข้ารับการตรวจติดตามแก้ไขฟันเทียมจึงเป็นหนึ่งในขั้นตอนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษา **ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ**เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกใส่ฟันเทียม ผู้ป่วยบางรายที่เป็นผู้สูงอายุหรือต้องมีการพึ่งพาเมื่อออกจากบ้านมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และช่วงเวลาในการมารับบริการเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถมา**รับบริการตามที่แพทย์นัดได้**[5] และข้อจำกัดในการมารับบริการนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก[6] การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการรักษาและเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของบุคคล[7] ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้รับบริการมากหรือน้อยเพียงใดมีความสัมพันธ์กับ 5 องค์ประกอบตามแนวคิดของเพนชานสกีและโทมัส[8] ประกอบด้วย 1) ความพอเพียงของบริการ (Availability) 2) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) 3) ความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และ 5) การยอมรับบริการ (Acceptability)

การที่จะกล่าวว่าผู้ที่สูญเสียฟันและได้รับการใส่ฟันเทียมทดแทนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือ ไม่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดตามมาจากการใส่ฟันเทียมร่วมด้วย สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงกับสุขภาพกาย หากเกิดโรคหรือความผิดปกติในช่องปากย่อมส่งผลกระทบกับสุขภาพโดยรวมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล สุขภาพช่องปากจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรงเช่นเดียวกัน จึงเป็นที่มาของหลักการทันตสังคมซึ่งต่อมารู้จักกันในชื่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งคือโครงสร้างหลายมิติที่ซับซ้อนแสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีไม่ได้หมายถึงแค่การไม่มีโรคในช่องปาก แต่รวมถึงการที่บุคคลมีคุณภาพในการใช้ชีวิตทั้งทางกาย ทางใจและ

ทางสังคมที่เป็นผลมาจากสภาวะช่องปากของเขา[9] ล็อกเกอร์[10]นำเสนอกรอบ**แนวคิดการวัดสุขภาพช่องปากโดยแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงกันระหว่างสภาวะทางคลินิกและผลกระทบต่อบุคคลและทางสังคม** ทั้งผลกระทบทางกาย ทางจิตใจและทางสังคมที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของช่องปาก คือเมื่อเกิดความผิดปกติหรือการสูญเสียบางส่วนของร่างกาย จะทำให้เกิดผลที่ตามมาคือ ความจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) ความรู้สึกไม่สบาย (Discomfort) การไร้ความสามารถหรือความบกพร่อง (Disability) และความด้อยโอกาส (Handicap) แนวคิดของล็อกเกอร์ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางต่อ ๆ มา เช่น The Oral Impact Daily Performance (OIDP) The Oral Health Impact Profile (OHIP)

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมถอดได้อยู่ในระดับปานกลางถึงดีมากโดยกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมมากที่สุดคือการรับประทานอาหาร[6,11] พบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เพศ[12] อายุ[13,14] ระดับการศึกษา[14] ชนิดฟันเทียม[15,16] และการเข้าถึงบริการสุขภาพ[7] ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center; HDC)[17] ของประชากรทั้งกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีฟันหลัง (แท้,เทียม) ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบของอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ายังน้อยกว่าภาพรวมในระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเรื่องการมีฟันหลังเพื่อการบดเคี้ยวที่เพียงพอ การสูญเสียฟัน การเข้าถึงบริการ และการได้รับบริการใส่ฟันเทียมของประชากรทั้งสองกลุ่ม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ ให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติกตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าปัญหาหลักคือผู้ป่วยมารับบริการไม่ต่อเนื่องและผู้ป่วยบางรายไม่มารับการตรวจติดตามภายหลังใส่ฟันเทียมซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษา และที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพและผลกระทบต่อบุคคลภายหลังการใส่ฟันเทียมถอดได้**ในพื้นที่**

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดของ ล็อกเกอร์[10] และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดฟันเทียม และการเข้าถึงบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนชานสกีและโทมัส[8] เพื่อเป็นการขยายมุมมองในการรักษานอกเหนือจากการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ การนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาปรับใช้ในการวางแผนการรักษาและการประเมินติดตามหลังการรักษาให้มีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงหรือพัฒนาระบบบริการทันตกรรมที่เหมาะสมกับผู้รับบริการและบริบทของพื้นที่ เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการทันตกรรมให้กับผู้รับบริการ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการให้บริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับผู้ใส่ฟันเทียม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

2. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรง พยาบาล

พระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติกช่วงปี 2561-2566 ที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เพศชายหรือหญิง อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 218 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน โดยได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของแดเนียล[18] จำนวน 140 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 154 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติกที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ปี 2561 – 2566 เพศชายหรือเพศหญิง มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) สามารถติดต่อเพื่อเข้าร่วมการวิจัยได้ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้โดยการพูดและฟังได้อย่างปกติ เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบ สอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดฟันเทียม การเดินทางมารับบริการ และสิทธิการรักษา พยาบาล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของเพนชานสกีและโทมัส[8] ประกอบด้วย 5 มิติ 1) ความพอเพียงของบริการ 2) การเข้าถึงบริการ 3) ความสะดวกของสถานบริการ 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ 5) การยอมรับบริการ จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นการให้คะแนน 5 ระดับแบบมาตรวัดลิเคิร์ท คือ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 และน้อยที่สุด = 1 ยกเว้นข้อคำถามเชิงลบทำการกลับคะแนน คือ มากที่สุด = 1 มาก = 2 ปานกลาง = 3 น้อย = 4 และน้อยที่สุด = 5 การแปลผลพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของผลรวมคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดของล็อกเกอร์[10] แบบสอบถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใส่ฟันเทียมต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาประกอบด้วยความจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) ความรู้สึกไม่สบาย (Discomfort) การไร้ความสามารถหรือความบกพร่อง (Disability) และความด้อยโอกาส (Handicap) จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นการให้คะแนน 5 ระดับแบบมาตรวัดลิเคิร์ท คือ ไม่ได้รับผลกระทบ = 0 น้อย = 1 ปานกลาง = 2 มาก = 3 และมากที่สุด = 4 คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาก หมายถึง ผู้ใส่ฟันเทียมได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาก การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาการกระจายความถี่ของข้อมูล[6]ตำแหน่งคะแนนที่เปอเซ็นไทล์ 50 คือ คะแนน = 0 เป็นจุดแบ่งระดับแรก และตำแหน่งเปอเซ็นไทล์ 75 คะแนน = 3 เป็นจุดแบ่งระดับที่ 2 สามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้เป็น 3 กลุ่ม

0 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี

1 – 3 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากปานกลาง

≥ 4 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-object congruence; IOC) ทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2567/033.0606

ผลการศึกษา

ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 94.16 มีรายละเอียดผลการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใส่ฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใส่ฟันเทียม พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.2 มีอายุเฉลี่ย 68.44 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.0 ชนิดฟันเทียมส่วนใหญ่เป็นฟันเทียมทั้งปาก คิดเป็นร้อยละ 68.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่สามารถเดินทางมารับบริการด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 82.1 และมีสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) คิดเป็นร้อยละ 81.4

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใส่ฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) คิดเป็นร้อยละ 86.9 และมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) คิดเป็นร้อยละ 13.1 โดยมีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 4.2 คะแนน (S.D. = 0.45) มีคะแนน
สูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.07 คะแนน

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี (0 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 53.1 รองลงมามีคุณ ภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากปานกลาง (1 – 3 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 28.3 และมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดี (4 คะแนน ขึ้นไป) คิดเป็น ร้อยละ 18.6 โดยผู้ใส่ฟันเทียมมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 คะแนน (S.D. = 5.16) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ข้อคำถามที่ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่

ได้รับผลกระทบ คือ การใส่ฟันเทียมทำให้เคี้ยวอาหารได้ช้าลง เคี้ยวได้ไม่เต็มที่ หรือต้องระมัดระวังขณะเคี้ยวอาหาร

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าชนิดฟันเทียม (χ^2 = 7.054, p-value = 0.008) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา และชนิดฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (n = 145)

ตัวแปร	n	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก		χ^2	p-value
		ไม่ได้รับผลกระทบ (คะแนน = 0)	ได้รับผลกระทบ (คะแนน > 0)		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	49	29 (59.2)	20 (40.8)	1.099	0.295
หญิง	96	48 (50.0)	48 (50.0)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ, ประถมศึกษา	105	61 (58.1)	44 (41.9)	3.808	0.051
มัธยมศึกษา,อนุปริญญาหรือปริญญาตรีขึ้นไป	40	16 (40.0)	24 (60.0)		
ชนิดฟันเทียม					
ฟันเทียมทั้งปาก	99	60 (60.6)	39 (39.4)	7.054	0.008
ฟันเทียมบางส่วนถอดได้	46	17 (37.0)	29 (63.0)		

และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ[19] (rs = -0.221, p-value = 0.007) กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (n = 145)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (rs)	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
อายุ	-0.221	-0.375	-0.056	0.007
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.013	-0.155	0.180	0.878

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม พบว่าตัว

แปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม ได้แก่ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ร่วมกันทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 10.0 (Adjusted R^2 = 0.100) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$$

โดยที่ $\hat{Y}$ = คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

β_0 = ค่าคงที่

β_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของฟันเทียมบางส่วนถอดได้

X_1 = ฟันเทียมบางส่วนถอดได้

β_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

X_2 = การเข้าถึงบริการสุขภาพ

เมื่อแทนค่าในสมการจะได้ว่า

คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

= 11.752 + 3.006 (ฟันเทียมบางส่วนถอดได้)

– 0.163 (การเข้าถึงบริการสุขภาพ)

จากสมการสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าฟันเทียมทั้งปากอยู่ 3.006 คะแนน และเมื่อคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจะลดลง 0.163 คะแนน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ (Beta = 0.272) และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Beta = -0.214) ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูนของตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ในรูปแบบคะแนนดิบ (β) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ (n = 145)

ตัวแปรพยากรณ์	β	SE	beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	11.752	3.820		3.077	0.003
ฟันเทียมบางส่วนถอดได้	3.006	0.876	0.272	3.431	<0.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-0.163	0.060	-0.214	-2.703	0.008
$R = 0.335$, $R^2 = 0.112$, Adjusted $R^2 = 0.100$					

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ สามารถอภิปรายผลแต่ละประเด็นได้ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพมาก เนื่องจากผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือสิทธิหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) ซึ่งมีภูมิลำเนาพักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถาน พยาบาลจึงมีความคุ้นเคยกับการมารับบริการ และส่วนใหญ่สามารถเดินทางมารับบริการได้ด้วยตนเองจึงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย คุณีพงษ์[20] และพรรณธรา จุลาสัย[21] พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง การรับรู้**สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับหลัก**ประกันสุขภาพจะเสริมสร้างความมั่นใจในการเข้ารับบริการ **ไม่ต้องกังวล**เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย[20] ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เพียงพอตรงกับความต้องการ สถานบริการมีสิ่ง

อำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสม **และมั่นใจในประสิทธิภาพการบริการที่ได้รับ**[21] และการศึกษาของนิลุบล ดีพลกรัง[22] พบว่าการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับมากเนื่องจากมีความมั่นใจทันตบุคลากรในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการที่ผู้สูงอายุ**มีบัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุจึงทำให้ครอบคลุมการดูแลได้อย่างทั่วถึง** แตกต่างจากการศึกษาของปิ่นทอง ประสงค์สุข[23] ที่พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรมในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก**จำนวนขององค์ประกอบที่ให้บริการยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ การเดินทางไปรับบริการอาจจะต้องมีผู้ดูแล** และการมีค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ต้องรับผิดชอบเอง อาจเนื่องมาจากในการศึกษาดังกล่าวศึกษารวมถึงบริการทันตกรรมที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุมและการให้บริการนอกเวลา กลุ่มตัวอย่างบางส่วนจึงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยตนเอง

2. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี อภิปรายได้ว่าการมีฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้หลากหลายมากขึ้นส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม สามารถพูดหรือออกเสียงได้ชัดเจนมากขึ้น ปราศจากความกังวลเมื่อต้องยิ้มหรือหัวเราะช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพทำให้มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมหรือเข้าสังคมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ ยวดยิ่ง[6] และศศิกร นาคมณี[11] ที่พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีถึงดีมาก หรือไม่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก **ผู้สูงอายุส่วนใหญ่**มีความพึงพอใจในการใช้งานฟันเทียม **มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่อายุมากมักได้รับผลกระทบที่เกี่ยวกับช่องปากน้อยลง**[11]

ในการศึกษานี้พบว่าปัญหาที่ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การใส่ฟันเทียมทำให้เคี้ยวอาหารได้ช้าลง เคี้ยวได้ไม่เต็มที่หรือต้องระมัดระวังขณะเคี้ยวอาหาร อาจเนื่องมาจากวัตถุประสงค์หลักในการใส่ฟันเทียมคือ เพิ่มประสิทธิภาพในการรับประทานอาหาร ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นขณะรับประทานอาหาร นอกจากนี้การทำหน้าที่ของฟันเทียมเกี่ยวข้องกับลักษณะสันกระดูก ตำแหน่งและลักษณะฟันธรรมชาติที่รองรับ ลักษณะน้ำลายและเนื้อเยื่อในช่องปาก และการปรับตัวของผู้ใส่ฟันเทียม ผลกระทบจากการใช้งานฟันเทียมจึงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษา[6,11] ที่พบว่ากิจกรรมที่มีผลกระทบต่อผู้ใส่ฟันเทียมมากที่สุดคือ การรับประทานอาหาร สาเหตุมาจากฟันเทียมหลวมทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวกและเกิดแผลจากการกดของฟันเทียม[11] การขยับของฟันเทียมขณะรับประทานอาหาร และฐานฟันเทียมกดเนื้อเยื่ออ่อนจนเป็นแผลทำให้มีอาการเจ็บขณะรับประทานอาหาร[6] แตกต่างจากการศึกษาของวาบี และเอลามิน[24] ที่พบว่าปัญหาที่ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบคือ การออกเสียงพูดลำบากอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวมีอายุน้อยกว่า โดยส่วนใหญ่มีอายุ 45-50 ปี จึงอาจให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ส่งผลต่อบุคลิกภาพ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่าชนิดฟันเทียมและอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของผู้ใส่ฟันเทียม

3.1 ชนิดฟันเทียม ผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก อาจเนื่องมาจากความแนบสนิทและการยึดอยู่ของฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขึ้นกับรูปร่างและตำแหน่งของฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ หากฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ไม่แข็งแรงหรือเรียงตัวในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อการยึดอยู่และการเรียงตัวของซี่ฟันเทียมทำให้เกิดการขยับของ

ฟันเทียมขณะใช้งาน ความไม่สบายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการกระจายแรงกัดที่ไม่สม่ำเสมอระหว่างฟันธรรมชาติและซี่ฟันเทียม ทำให้เกิดข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร และอาจเกิดการบาดเจ็บต่อฟันหรือเนื้อเยื่อที่รองรับขณะถอดใส่หรือใช้งานฟันเทียมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิพัทธ์ สมศิริ[13] พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมที่มีฟันแท้เหลืออยู่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าเนื่องจากแรงบิดงัดที่เกิดจากฟันเทียมกระทำต่อฟันธรรมชาติและการใส่ฟันเทียมร่วมกับฟันธรรมชาติทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลทำความสะอาด[25]

3.2 อายุ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีอายุน้อยให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์และบุคลิกภาพ การใส่ฟันเทียมตั้งแต่อายุน้อยอาจทำให้เกิดความกังวลหรือไม่มั่นใจในตนเอง ความคาดหวังต่อฟันเทียมทั้งด้านความสวยงามและการทำหน้าที่ว่าจะสามารถทดแทนฟันธรรมชาติที่เสียไปได้ รวมถึงต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวให้คุ้นเคยกับฟันเทียมจึงอาจรู้สึกไม่สบายหรือได้รับความลำบากมากขึ้นในการรับประทานอาหารหรือการพูดซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในขณะที่ผู้สูงอายุอาจมีประสบการณ์การสูญเสียฟันมาก่อน มีความคุ้นเคยการใส่ฟันเทียมมากกว่า และให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสโทเรียส และคณะ[26] และไบรโมห์และอเลด[27] ที่พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมที่มีอายุน้อยได้รับผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าเนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นจะให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่ของฟันเทียมมากที่สุด ยอมรับการใส่ฟันเทียมว่าเป็นภาวะปกติเมื่อมีอายุมากขึ้น[26] และผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะยอมรับหรือปรับตัวต่อปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดจากอายุที่เพิ่มขึ้นได้มากขึ้น[27]

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่าฟันเทียมบางส่วนถอดได้และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

4.1 ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ผู้ที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะซี่ฟันเทียมไม่สามารถทดแทนตำแหน่งฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปได้อย่างสมบูรณ์ โดยความแนบสนิทและการยึดอยู่ของฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขึ้นกับรูปร่างและตำแหน่งของฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากความคาดหวังของผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ทั้งด้านความสวยงาม การรับประทานอาหาร และการพูด โดยคาดหวังว่าฟันเทียมจะสามารถทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปได้เหมือนเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของนิพัทธ์ สมศิริ[13] ที่พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมที่มีฟันแท้เหลืออยู่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าเนื่องจากแรงบิดงัดที่เกิดจากฟันเทียมกระทำต่อฟันธรรมชาติ และการศึกษาของเยน และคณะ[15] เนื่องมาจากความคาดหวังที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงต่อฟันเทียมของผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ในขณะที่ผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากจะมีระยะเวลาปรับตัวกับการสูญเสียฟันมาก่อน ยอมรับความไม่สบายในช่องปากว่าเป็นลักษณะหนึ่งเมื่อเข้าสู่วัยชรา และยอมรับข้อจำกัดของฟันเทียมได้มากกว่า และอาจมาจากการมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปากจะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์ ฟันโยก ทำให้เกิดความเจ็บปวดซึ่งส่งผลต่อการใช้งานฟันเทียมได้[28]

4.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ใส่ฟันเทียมที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากจะมีโอกาสได้รับการตรวจช่องปาก ได้รับคำแนะนำในการดูสุขภาพช่องปากและการใช้งานฟันเทียมอย่างถูกวิธี ได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการลุกลามของโรคซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อหรือส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของฟันเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณธรา จุลาสัย[21] ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับดีทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี เนื่องจากสามารถ

จัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รู้สึกปลอดภัย หากเจ็บป่วยจะได้รับความช่วยเหลือ รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย สามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ และการศึกษาของบาสตอส และคณะ[7] พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผู้ที่ไม่ได้รับบริการเมื่อมีความต้องการใช้บริการจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่า

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม เนื่องจากผู้ใส่ฟันเทียมในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการ หากได้รับผลกระทบจากปัญหาในช่องปากจึงสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมของภาครัฐได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทาง ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลจึงไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์[29] ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันน้อยมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับการอธิบายขั้นตอนการรักษา และข้อจำกัดในการใส่ฟันเทียมให้กับผู้ป่วยแต่ละรายทราบ เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับในข้อจำกัดการใช้งานฟันเทียม รวมถึงเน้นย้ำให้เห็นถึงความจำเป็นในการตรวจติดตามเพื่อแก้ไขฟันเทียมและเพื่อป้องกันการเกิดโรคกับฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่

1.2 สถานบริการควรเพิ่มบริการที่จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยในขั้นตอนการตรวจติดตามภายหลังการรักษาให้ผู้ใส่ฟันเทียมสามารถเลือกรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านได้

1.3 การจัดให้มีบริการทันตกรรมเฉพาะทางในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านที่มีความพร้อม และควรจัดให้มีบริการนอกเวลาราชการเพื่อเพิ่มช่วงเวลาในการเข้ารับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ที่มีจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลือแตกต่างกัน หรือมีตำแหน่งการสูญเสียฟันที่แตกต่างกันว่ามีผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างกันหรือไม่

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลและผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

2.3 ควรศึกษาอิทธิพลของข้อมูลเชิงคลินิกที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. Gerritsen AE, Allen PF, Witter, DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health- related quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health and Quality of Life Outcomes. 2010;5(8):126.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2567. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2567].เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf4787152 90ac946bee/202406/m_magazine/36716/4952/file_downloadf983389ded6e5dccbfe6f3362a453364.pdf

3. สภาองค์กรของผู้บริโภค. ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์การรักษาทันตกรรมของ 3 กองทุน. [อินเตอร์เนต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2567] เข้าถึงจาก: https://www.tcc.or.th/wp-content/uploads/2022/12/30122022_TCCNews_dentalservice-compare.pdf
4. พจมาน ศรีนวรัตน์. ฟันเทียมทั้งปาก. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง; 2557
5. อุศิรา กลัดจำนงค์. ผลการรักษาฟื้นฟูสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไร้ฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2565;31(2):180-192.
6. วิภารัตน์ ยวดยิ่ง. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2563;6(2):58-75.
7. Bastos LF, Hugo FN, Hilgert JB, Cardozo DD, Bulgarelli AF, Santos CMD. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. Brazilian oral research. 2019;33:e018. https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0018
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical care. 1981;19(2):127–140.
9. สุดาดวง กฤษฎาพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
10. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community dental health. 1988;5 (1):3–18.
11. ศศิกร นาคมณี. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลบางปะกง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2561;35(1):30-39.
12. Ulinski KG, Nascimento MA, Lima AM, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KB, et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly. International journal of dentistry; 2013:705047.
13. นิพัทธ์ สมศิริ. สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานในมิติคุณภาพชีวิต. วารสารสุขศึกษา 2558;38(129):1-13.
14. Miranda-Medina A, Alcocer-Nunez J. Oral health-related quality of life of elderly people and associated sociodemographic factors. Journal of Oral Research. 2021;10(6):1-10.
15. Yen YY, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Wang WC, Du JK, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. BMC oral health. 2015; 15(1).
16. Nekouei AH, Mirzaee M, Shahravan A, Kakooei S, Hasheminejad N. Comparison of oral health-related quality of life in partial and complete denture wearers: A propensity Score analysis. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2023;37:77.
17. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
18. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
19. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: อมรการพิมพ์; 2560.
20. อภิชัย คุณีพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุใน จังหวัดปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์ 2562;44(5):75-80.
21. พรรณธรา จุลาสัย. คุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสันกลาง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยพายัพ; 2559. http:///cgibin/getdoc?digital/research/M147477.pdf
22. นิลุบล ดีพลกรัง. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2564;3(1):1-19.
23. ปิ่นทอง ประสงค์สุข. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560. https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/6634/1/Fulltext.pdf

24. Wahbi RH, Elamin, EI. Impact of Removable Partial Denture on Quality-of-life of Sudanese Adults in Khartoum State. The journal of contemporary dental practice. 2018; 19(1):102–108.
25. พินโญ หงส์ยิ้ม, มิ่งขวัญ สิทธิวรนันท์, สริตา คัชพงษ์. ผลกระทบของการใส่ฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2560;22(1):37-47.
26. Pistorius J, Horn JG, Pistorius A, Kraft J. Oral health-related quality of life in patients with removable dentures. Schweizer Monatsschr Zahnmedizin. 2013;123(11):964–971.
27. Braimoh OB, Alade GO. (2019). Oral health-related quality of life and associated factors of elderly population in Port Harcourt, Nigeria. Saudi Journal of Oral Sciences. 2019;6(1):18-24.
28. นิมิต เตชะวัชรีกุล. สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551. http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/13952
29. ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัด. นครนายก วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2561;11(3):51-63.

การพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

A Developed Guideline for Hepatitis B and C Screening with Participation of Village Health Volunteers in Bungkla Sub-District, Muang District, Chaiyaphum Province.

(Received: May 5,2025 ; Revised: May 11,2025 ; Accepted: May 13,2025)

อดุลย์ ลาภเกิด[1] วรรณา สุทธิวรรณ[2]
Adul Rupkeard[1] Wanna Suttiwan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) โดยใช้กระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Action) เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ การดำเนินงานประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลเอกสาร การสนทนากลุ่มย่อยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มี 4 กระบวนการ 8 ขั้นตอน ดังนี้ (1.) กระบวนการวางแผน (Plan) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 (P1) ประชุมร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 (P2) ศึกษาเอกสารและวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 (P3) จัดทำแผนการปฏิบัติการ (2.) กระบวนการปฏิบัติ (Do) มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 4 (D1) ตัดสินใจใช้แนวทางการคัดกรอง ขั้นตอนที่ 5 (D2) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (3.) กระบวนการตรวจสอบ (Check) มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 6 (C1) ประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขั้นตอนที่ 7 (C2) ทบทวนการดำเนินงาน และ (4.) กระบวนการดำเนินการ (Action) มี 1 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 8 (A1) ปรับปรุงและพัฒนาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ สรุปได้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งคล้ามีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนชุดตรวจ ระยะเวลาในการดำเนินงาน และความไม่สมบูรณ์ของระบบบันทึกข้อมูล ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความครอบคลุมในการคัดกรองประชากรกลุ่มเป้าหมาย แนวทางการพัฒนาที่ได้จากการวิจัย ได้แก่ การสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม การส่งเสริมบทบาทของผู้นำชุมชนในการประชาสัมพันธ์ การเพิ่มความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ และการขยายรูปแบบการคัดกรองเชิงรุกควบคู่กับเชิงรับ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสในประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, วงจร PDCA

Abstract

This study employed a participatory action research (PAR) approach, utilizing the PDCA cycle (Plan-Do-Check-Act) to develop a screening guideline for hepatitis B and C with the active participation of village health volunteers in Bungkla Sub-district, Muang District, Chaiyaphum Province. The research process included document analysis, focus group discussions with relevant stakeholders, and qualitative content analysis.

The results revealed that the implementation model employed a Participatory Action Research (PAR) cycle consisting of four processes and eight steps as follows: (1) Planning process (Plan): Step 1 (P1): Conducting meetings with stakeholders. Step 2 (P2): Reviewing documents and analyzing data. Step 3 (P3): Developing an operational plan. (2) Implementation process (Do): Step 4 (D1): Deciding on the screening

[1] ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
[2] อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ Corresponding Author, E-mail address: wanna.sut@vru.ac.th

approach. Step 5 (D2): Organizing capacity-building training for village health volunteers. (3) Monitoring process (Check): Step 6 (C1): Assessing the capacity of village health volunteers. Step 7 (C2): Reviewing the implementation process. and (4) Action process (Action): Step 8 (A1): Improving and enhancing the effectiveness of the outcomes. Village health volunteers participated actively in every step of the process. The study concluded that Bungkla Sub-district Health Promoting Hospital implemented the screening program in accordance with the Ministry of Public Health's standards. However, several limitations were identified, including an insufficient number of test kits, time constraints, and an incomplete data recording system. These challenges affected the overall efficiency and coverage of screening among the target population. Recommendations for improvement derived from the study include: increasing budget allocation, enhancing the role of community leaders in public health communication, strengthening local network partnerships, and expanding proactive screening efforts in parallel with routine services to improve service accessibility and effectively reduce the spread of the virus among at-risk populations.

Keyword: Hepatitis B and C Screening, participation, Village Health Volunteers, PDCA cycle

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซึ่งมีอยู่หลายชนิด ได้แก่ ชนิด เอ บี ซี ดี และ อี โดยเฉพาะโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เป็นสาเหตุของโรคตับอักเสบ ภาวะตับแข็ง มะเร็งตับ และนำไปสู่การเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลก ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในระดับที่สูง และมีแนวโน้มพบผู้เสียชีวิตจากตับแข็งและมะเร็งตับเพิ่มขึ้น จึงมีความพยายามในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เพื่อกำจัดไวรัสตับอักเสบให้หมดไป เช่น การส่งเสริมให้ผู้ที่ติดเชื้อได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และสามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็วที่สุด ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ในการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงของตนเอง [1]

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ "แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560-2564" และต่อยอดสู่ "ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565-2573" เพื่อเร่งรัดการตรวจคัดกรอง การเข้าถึงการรักษา และการลดการแพร่กระจายของเชื้อ เน้นการบูรณาการและการทำงานร่วมกันอย่างยั่งยืนของหน่วยงาน มีแผนปฏิบัติงานซึ่งมีความเหมาะสมและเป็นจริง นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบที่มีประสิทธิภาพ และลดการเสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบ [2]

กิจกรรมการดำเนินงานในเชิงการจัดการหรือการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นมีหลายวิธีหรือรูปแบบ วงจร PDCA เป็นวงจรหนึ่งที่เป็นที่นิยมมากในการใช้เพื่อจัดการหรือบริหารกิจกรรมการดำเนินงานต่าง ๆ รวมไปถึงการดำเนินการด้านสาธารณสุข ซึ่งแบ่งกระบวนการการทำงานออกเป็น 4 กระบวนการหลัก ตามแนวคิดของเดมมิ่ง 2004 ได้แก่ กระบวนการที่ 1 กำหนดสาเหตุของปัญหา จากนั้นวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือทดสอบเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น (Plan : P) กระบวนการที่ 2 การปฏิบัติตามแผนหรือทดลองปฏิบัติเป็นการนำร่องในส่วนย่อย (Do : D) กระบวนการที่ 3 ตรวจสอบเพื่อทราบว่าบรรลุผลตามแผนหรือหากมีสิ่งใดที่ทำผิดพลาดหรือได้เรียนรู้อะไรมาแล้วบ้าง (Check : C) และกระบวนการที่ 4 หากบรรลุผลเป็นที่น่าพอใจหรือหากผลการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผน ให้ทำซ้ำวงจรโดยใช้การเรียนรู้จากการกระทำในวงจรที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว (Action : A) [3] การนำวงจร PDCA ไปใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยไม่ต้องรอให้เกิดปัญหาแต่เราต้องแสวงหาสิ่งต่างๆ หรือวิธีการที่ดีกว่าเดิมอยู่เสมอ [4] การพัฒนางานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลมีการใช้วงจร PDCA มาเป็นเครื่องมือช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อร่วมวางแผน กำหนดกระบวนการปฏิบัติ (คัดกรอง, จัดการตามความเสี่ยง, ติดตามผลลัพธ์ แก้ไขปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปรับปรุงใหม่) ตลอดจนพัฒนาแนวปฏิบัติขยายผลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพในการปรับระบบบริการสุขภาพ จัดระบบส่งต่อที่สะดวกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า [5]

การตรวจคัดกรองและจัดการปัจจัยเสี่ยง พัฒนาคุณภาพการคัดกรอง วินิจฉัยและการส่งต่อให้เป็นระบบที่ไร้รอยต่อจะทำให้สามารถลดผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ของพื้นที่ลงได้ ลดอัตราการเสียชีวิตและสามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็วที่สุด [6] การดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับเสบบี และ ซี เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ร่วมวางแผนการดำเนินงาน กำหนดความรับผิดชอบ พร้อมทั้งวางระบบการประสานงานส่งต่อเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิ บันทึกข้อมูลการดำเนินงานคัดกรองในโปรแกรมการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี โดยพื้นที่ตำบลบุ่งคล้าได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในการคัดกรอง คือ ประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ซึ่งมีจำนวน 2,765 คน จากสถิติล่าสุดประชาชนในพื้นที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) จำนวน 477 คน คิดเป็นร้อยละ 17.25 ได้รับการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) จำนวน 518 คน คิดเป็นร้อยละ 18.73 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันการตรวจคัดกรองไวรัสตับเสบบี และ ซี เป็นการดำเนินงานเฝ้าระวังในรูปแบบเชิงรับ มีประชาชนเข้าถึงการคัดกรองบางกลุ่มเท่านั้น ทำให้ยังคงมีประชาชนที่มีความเสี่ยงเข้าไม่ถึงบริการคัดกรองอยู่เป็นจำนวนมาก

ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของปัญหาและได้ศึกษาและพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิขึ้น โดยจะเน้นที่การดำเนินงานตรวจคัดกรองไวรัสตับเสบบี และ ซี เพื่อลดอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรเป้าหมาย เพิ่มจำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองและรู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาและการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร (Literature review) และกระบวนการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยใช้กระบวนการจัดการหรือการบริหารงานด้วยวงจร PDCA 4 กระบวนการ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการดำเนินการ (Action) เพื่อปรับปรุงและพัฒนา

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ [3] โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ แนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี, รูปแบบการจัดการหรือการบริหารงานด้วยวงจร PDCA และกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ขอบเขตการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่ให้ข้อมูลในการสนทนาแบบกลุ่ม เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ผู้วิจัยเลือกกลุ่มบุคคลด้วยวิธีแบบเจาะจงเพื่อความเหมาะสมในการวิจัยและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยพิจารณาจากบุคคลที่มีบทบาทสำคัญและสามารถให้ข้อมูลในการเพิ่มความตระหนักและให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีในระดับชุมชน ซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อและอันตรายที่เกิดขึ้นได้ดีที่สุด ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะต้องเป็นบุคคลที่มีทักษะความรู้ และสามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 1 กลุ่ม ทั้งหมด 15 คน โดยพิจารณาคัดเลือก ดังนี้

2.1 อสม. ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทั้งหมด 12 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวมเป็นจำนวน 12 คน

2.2 นักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต. บุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1 คน

2.3 พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. บุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1 คน

2.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยจัดทำแนวทางในการสนทนาแบบกลุ่ม (Focus group) เป็นแนวทางในการระดมความคิดเพื่อให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดขอบเขตเนื้อหาที่จะสร้างแนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ นิยามศัพท์เฉพาะ และกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา สำหรับองคกรปกครองสวนทองถิ่นทั่วประเทศ [1] เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม ซึ่งในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 แนวทางการสนทนาแบบกลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ในปีที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

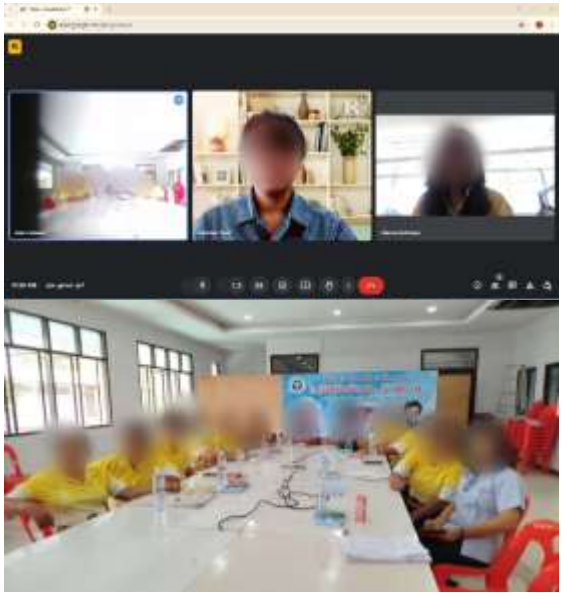
ประเด็นที่ 2 แนวทางการสนทนาแบบกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ในปีที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ประเด็นที่ 3 แนวทางการสนทนาแบบกลุ่มเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ให้กับประชาชนในพื้นที่ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบคำถามได้เสนอแนวทางและรูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีได้อย่างอิสระ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้กระบวนการจัดการหรือการบริหารงานด้วยวงจร PDCA 4 กระบวนการ ดังนี้ 1) Plan ดำเนินการศึกษาเอกสาร และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่ 2) Do ร่างต้นฉบับแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่ เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มย่อยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) Check ดำเนินกิจกรรมการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อรับฟังความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนำผลการสนทนากลุ่มย่อยมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาแนว

ทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่ และ 4) Act นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วจากการสนทนากลุ่มย่อยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปสนทนากลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อรับฟังความคิดเห็น และนำผลการสนทนากลุ่มย่อยมาวิเคราะห์เนื้อหา และนำไปปรับปรุงพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ



ภาพที่ 1 การสนทนากลุ่มย่อยเพื่อรับฟังความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (รูปแบบออนไลน์)

กระบวนการการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วเท่านั้น โดยใช้การศึกษาเอกสาร และใช้กระบวนการสนทนากลุ่มย่อยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการจัดการหรือการบริหารงานด้วยวงจร PDCA [3] ซึ่งภายในรูปแบบใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การสังเกตการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการสนทนาแบบกลุ่ม ผู้วิจัยเฝ้าสังเกตอยู่วงนอกเลือกใช้วิธีการสังเกตตามความเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และมีความสมบูรณ์ตามต้องการในการดำเนินงาน มี 8 กระบวนการ ดังนี้

การวางแผน (Plan)

1) P1: การประชุมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อทราบปัญหาในการเข้ารับบริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่

2) P2: ดำเนินการศึกษาเอกสาร และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่

3) P3: ร่างต้นฉบับ แนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยการมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อจัดทำแผนการดูแลประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

การปฏิบัติตามแผน (Do)

4) D1: การตัดสินใจเพื่อใช้แนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี วางแผนการให้บริการประชาชนในพื้นที่

5) D2: การดำเนินการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ติดตามและให้บริการอย่างต่อเนื่อง

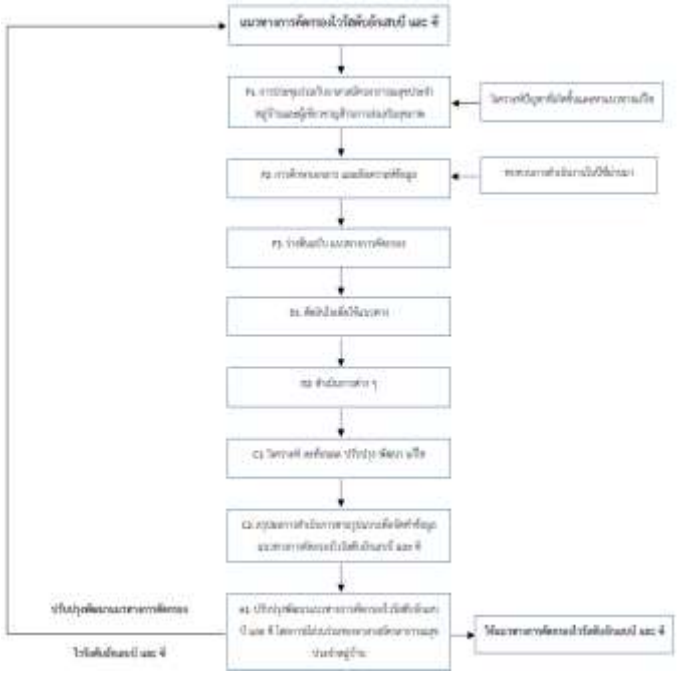
การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูลตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Check)

6) C1: วิเคราะห์ สะท้อนผล และนำปัญหาหรือข้อค้นพบเกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี มาปรับปรุง พัฒนา แก้ไข เพื่อปรับปรุงพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่

7) C2: สรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบเพื่อจัดทำข้อมูลแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยการมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การให้ข้อมูลและสะท้อนผลย้อนกลับเพื่อวางแผนการให้บริการเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Act)

8) A1: นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วจากการสนทนากลุ่มย่อยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปสนทนากลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อรับฟังความคิดเห็น และนำผลการสนทนากลุ่มย่อยมาวิเคราะห์เนื้อหา และนำไปปรับปรุงพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ



ภาพที่ 2 กระบวนการการพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการศึกษาเอกสารและสังเคราะห์ข้อมูล นำมาร่างต้นฉบับแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อรับฟังความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนำผลการสนทนากลุ่มย่อยมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ มาสรุปโดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

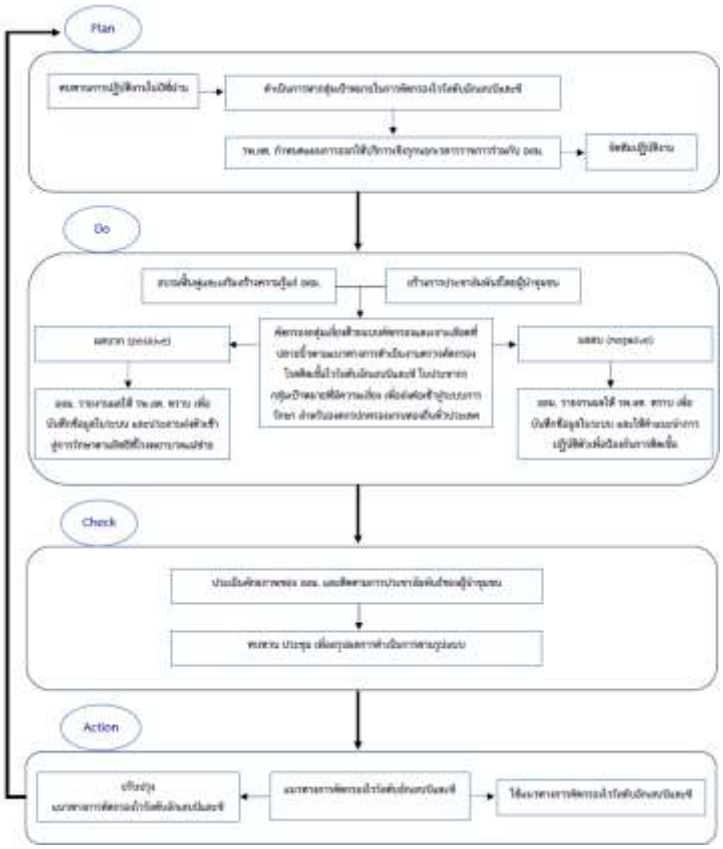
จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 81/2567

ผลการศึกษา

รูปแบบแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถูกสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากการสนทนากลุ่มย่อย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดประชาชนใน

ชุมชนมากที่สุด เพื่อเป็นการเพิ่มจำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองและรู้สถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง ลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาและการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังผสานกระบวนการจัดการหรือการบริหารงานด้วยวงจร PDCA ซึ่งเป็นวงจรการทำงานที่เน้นผลลัพธ์ด้วยการวางแผนจากข้อมูล ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การตรวจสอบ และการดำเนินการเพื่อปรับปรุงและพัฒนาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และวางแผนการดำเนินงานในวงรอบต่อไป ซึ่งรายละเอียดของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีองค์ประกอบตามแนวคิดกระบวนการจัดการหรือการบริหารงานด้วยวงจร PDCA โดยมีกระบวนการหลัก 4 กระบวนการ ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการดำเนินการ (Action) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ [3] รายละเอียดดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 รูปแบบแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผสานกระบวนการจัดการหรือการบริหารงานด้วยวงจร PDCA

รูปแบบแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผสานกระบวนการจัดการหรือการบริหารงานด้วยวงจร PDCA มีกระบวนการการดำเนินการที่เริ่มจากปัญหาอุปสรรคในการประชาสัมพันธ์เชิญชวนประชาชนเข้ารับการตรวจคัดกรองของ อสม. ข้อจำกัดด้านจำนวนชุดตรวจคัดกรอง ระยะเวลาในการดำเนินงาน และระบบการบันทึกข้อมูลส่งผลต่อประสิทธิภาพและความครอบคลุมในการ

คัดกรองประชากรกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลนี้ได้มาจากการสนทนากลุ่มร่วมกับ อสม. โดยมีกระบวนการดังต่อไปนี้

กระบวนการวางแผน (Plan) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 (P1) ของการพัฒนารูปแบบ คือ การประชุมร่วมกับ อสม. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อทราบปัญหาในการเข้ารับบริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประชาชนในพื้นที่ กระบวนการนี้ดำเนินการเพื่อรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ทั้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม. เมื่อได้ข้อมูลพร้อมแล้วจะมีการวางแผนร่วมกันใน ขั้นตอนที่ 2 (P2) ดำเนินการศึกษาเอกสาร และวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในอดีตและปัจจุบัน การวางแผนนี้จัดทำขึ้นเพื่อแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาการเข้าถึงการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีร่วมกันกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อ เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีของประชาชนในพื้นที่ ขั้นตอนที่ 3 (P3) รพ.สต. ดำเนินการแบ่งกลุ่มพื้นที่รับผิดชอบและดำเนินการหากลุ่มเป้าหมายในการคัดกรอง ให้กับ อสม. เพื่อจัดทำแผนการดูแลประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และ รพ.สต. กำหนดแผนการออกให้บริการเชิงรุกนอกเวลาราชการ รวมถึงแผนการประชาสัมพันธ์โดยเน้นบทบาทของผู้นำชุมชน และวางแผนการจัดโครงการอบรมเพื่อฟื้นฟูและเสริมสร้างความรู้แก่ อสม. รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง

กระบวนการที่ 2 การปฏิบัติ (Do) มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 4 (D1) คือ การตัดสินใจเพื่อใช้แนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการตัดสินใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อ กลุ่มที่ 1 (D1.1) ดำเนินการคัดกรองเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ดำเนินการตามมาตรการที่ชัดเจนตามแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บีและซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา สำหรับองคกรปกครองสวนท้องถิ่นทั่วประเทศ [1] หากพบผลบวก (positive) อสม. มีการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง ให้ รพ.สต. ทราบ เพื่อบันทึกข้อมูลในระบบ และประสานส่งตัวเข้าสู่การรักษาตามสิทธิที่โรงพยาบาลแม่ข่ายตามกระบวนการควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control: IC) เพื่อยืนยันผลการติดเชื้ออย่างเป็นทางการ และวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป และสำหรับกลุ่มที่ 2 (D1.2) ในกรณีเจาะเลือดที่ปลายนิ้วประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองแล้วพบว่าผลลบ (negative) อสม. ดำเนินการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง ให้ รพ.สต. ทราบ เพื่อบันทึกข้อมูลในระบบ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแนะนำให้ไปรับการตรวจ Anti- HBs เพื่อรับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีต่อไป ในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของชุมชน ขั้นตอนที่ 5 (D2) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. เพื่อทำการคัดกรองได้อย่างถูกต้องและมีการสร้างสื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองอย่างเสมอภาคและตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยให้ผู้นำชุมชนเป็นหลักในการประชาสัมพันธ์ การดำเนินการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในรูปแบบการให้บริการคัดกรองนี้ จะถูกตรวจสอบ เพื่อติดตามและให้บริการอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการที่ 3 การตรวจสอบ (Check) มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 6 (C1) ประเมินศักยภาพของ อสม. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและการวางแผนในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเป้าหมายภายหลังจากการจัดอบรมโครงการ และติดตามการประชาสัมพันธ์ของผู้นำชุมชนเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี และเข้ารับการคัดกรองโดยการมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ในขั้นตอนที่ 7 (C2) ทบทวนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นการปรับเปลี่ยนแนวทางจากการคัดกรองเชิงรับมาเป็นเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงประชาชนให้มากที่สุด ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะดำเนินการประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินการตามรูปแบบเพื่อจัดทำข้อมูลการคัดกรองของกลุ่มเป้าหมาย

กระบวนการที่ 4 การดำเนินการ (Action) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ มี 1 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 8 (A1) ขั้นนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 6-7 (C1-C2) มาวิเคราะห์ สะท้อนผล และนำปัญหาหรือข้อค้นพบเกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี มาปรับปรุง พัฒนา แก้ไข เพื่อปรับปรุงพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ของประชาชนในพื้นที่ พัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีความแข็งแรงมากยิ่งขึ้น และผลักดันให้จำนวนประชาชนที่เข้ารับการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดระบบการส่งต่อผู้สงสัยติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน โดยยังยึดแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา สำหรับองค กรปกครองส วนท องถิ่นทั่วประเทศ [1] และนำไปปรับปรุงพัฒนาแนวทางการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งคล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในวงรอบต่อไป

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการบูรณาการกับภาคีเครือข่ายในชุมชนและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งช่วยสนับสนุนทั้งในด้านการประชาสัมพันธ์ การจัดเตรียมพื้นที่ และการเชิญชวนประชาชนเข้ารับการคัดกรอง สอดคล้องกับแนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ของนายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล และคณะ [7] มีเป้าหมายการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยมีการบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายในระดับพื้นที่และชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และใช้ในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายต่อไป นอกจากนี้ รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนชุดตรวจจากต้นสังกัด ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดำเนินการตามแผนงานในหลายหมู่บ้าน รวมถึงการให้บริการนอกเวลาราชการ เพื่อขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชน

แม้การดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีจะครอบคลุมในหลายพื้นที่และดำเนินการภายใต้แนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ยังคงพบข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความครอบคลุมของการให้บริการ โดยเฉพาะประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนชุดตรวจแบบรวดเร็วจากการเจาะเลือดปลายนิ้วที่มีอยู่ในระดับพื้นที่ยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับขนาดของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้ไม่สามารถคัดกรองได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ ระยะเวลาดำเนินงานที่จำกัด และภาระงานที่เกิดจากตัวชี้วัดด้านสุขภาพหลายรายการที่หน่วยบริการต้องรับผิดชอบพร้อมกันเป็นปัจจัยที่ลดทอนความสามารถในการจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรให้กับกิจกรรมคัดกรองอย่างเหมาะสม และระบบการบันทึกข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมกลุ่มประชาชนเป้าหมายอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เพียงปราชญ์ [8] การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงประสบผลสำเร็จแม้จะมีปัญหาบางส่วน อย่างไรก็ตามการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

การปรับปรุงกระบวนการรักษา การพัฒนาบุคลากรและการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ยังเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุง รวมถึงประชาชนบางส่วนติดภารกิจส่วนตัว มีงานประจำ ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค หรือประสบปัญหาด้านการเดินทาง สอดคล้องกับแนวคิดการรณรงค์วันตับอักเสบโลกประจำปี 2565 “Hepatitis B & C can’t wait: โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ตรวจเร็ว รักษาเร็ว รอไม่ได้” ของกรมควบคุมโรค [9] ผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ ทำให้ไม่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองและรักษา จะเข้ารับการรักษาก็ต่อเมื่อมีอาการรุนแรง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะตับแข็งกลายเป็นมะเร็งตับ และเสียชีวิตในที่สุด แนวทางแก้ไขเสนอให้จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ส่งเสริมบทบาทภาคีเครือข่ายและใช้มาตรการจูงใจเพื่อเพิ่มการเข้ารับการคัดกรองในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาญ วัชร สมสอน [10] ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ควรมีการส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเร่งรัดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไวรัสตับอักเสบให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และจัดบริการส่งต่อให้ผู้ที่มีผลบวกได้เข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว

การเสนอแนวทางพัฒนาตามวงจร PDCA ถือเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ทำให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม สร้างเสริมให้เกิดภาคีเครือข่ายและการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เทวิกา นิลวงษ์ [11] พบว่าการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การปฏิบัติการ และการประเมินผล ผลการพัฒนาสามารถเพิ่มจำนวนเด็กปฐมวัยในการคัดกรองพัฒนาการได้มากขึ้น และเด็กที่มีภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อการกระตุ้นพัฒนาการได้ตามกำหนด การมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย คือปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการ รวมถึงการศึกษาของ วรรณา วัดโคกสูง [12] การนำวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้จะสร้างเสริมให้การทำงานด้านทันตกรรมและการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยการวางแผนที่รัดกุมจากข้อมูลที่จำเป็นการดำเนินการที่มีกระบวนการ การตรวจสอบ และการปรับปรุงพัฒนาเพื่อวางแผนการให้บริการเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานควรดำเนินการพัฒนากระบวนการให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น โดยนำหลักการของวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Action) มาใช้ในการวางแผน ปฏิบัติ ติดตามผล และปรับปรุงกระบวนการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงาน และควรมีการติดตามและศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวของผู้ที่ตรวจพบเชื้อ ทั้งในด้านการเข้าถึงการรักษา การติดตามอาการ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบส่งต่อและความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ รวมถึงการประเมินระดับความพึงพอใจของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา สำหรับองค กรปกครองสวน

ท่องถิ่นทั่วประเทศ [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1401120230315090152.pdf
2. ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 - 2573. กรุงเทพฯ: บริษัท เอส.บี.เค การพิมพ์ จำกัด; 2565.
3. Deming in Mycoted. Plan Do Check Act (PDCA) [Internet]. 2004. [cited 2024 Nov 9]. Available from:http://www.mycoted.com/creativity/techniques/pdca.php
4. ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย. 2562; 1(3):39-46.
5. สุมาลี เชื้อพันธ์. การพัฒนาระบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2559; 3(1):28-39.
6. พิสมัย สุระกาญจน์. รายงานการดำเนินงานโครงการ : เข้าถึงบริการเร็ว รู้สถานะเร็ว ป้องกันและรักษาเร็วปลอดภัยจากไวรัสตับอักเสบบีและซีห่างไกลมะเร็งตับ [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1109220210217100908.pdf
7. นายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2568]. เข้าถึงจาก: https://phdb.moph.go.th/main/upload/ebook/web/20240814140341/
8. พนารัตน์ เพียงปราชญ์. ผลสัมฤทธิ์ในการรักษาไวรัสตับอักเสบซี ด้วยรูปแบบการจัดบริการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีด้วยวิธี Test and Treat ในโรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2567; 44(2):13-26.
9. กรมควบคุมโรค. แนวคิดการรณรงค์วันตับอักเสบโลก ประจำปี 2565 “Hepatitis B & C can’t wait: โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ตรวจเร็ว รักษาเร็ว รอไม่ได้” [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2568]. เข้าถึงจาก: https://url.in.th/PfztY
10. สุชาญวัชร สมสอน. การคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และซี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในชุมชนพื้นที่ จังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2567. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน. 2568; 3(2):40-52.
11. เทวิกา นิลวงษ์. การพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโยธะกา. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2566; 5(2):25-34.
12. วรรณา วัดโคกสูง. รูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดชัยภูมิ. วารสารทันตาภิบาล. 2566; 34(2):122-132.

ประสิทธิภาพการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลัก 4S4C ในการบริหารศูนย์จัดเก็บรายได้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

Effectiveness of Participatory Learning Process Management Based on 4S4C Principles in Revenue Collection Center Management in Secondary Care Hospital Context.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

วราพร อนนท์[1] **ยุทธิชัย จันทร์ทองทิพย์**[1]
Warapron Anon[1] **Yutichai Janthongtip**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของศูนย์จัดเก็บรายได้ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม วิจัยมี 3 ระยะคือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและระยะประเมินผล ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ จำนวน 5 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานกองทุนย่อย จำนวน 13 คน 3) ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจำนวน 24 คน 4) เจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้ รพ.สต. จำนวน 12 คน 5) คณะกรรมการบริหารองค์กรและคณะกรรมการ CFO จำนวน 15 คน และ 6) หัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างาน จำนวน 12 คน รวม 81คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม 2564 - ธันวาคม 2565 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย 2) แบบบันทึกการตรวจสอบและรายงาน และ 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์มีความหลากหลายด้านสิทธิ, กองทุนและหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถบริหารจัดการเรียกเก็บได้ครอบคลุม เกิดกระบวนการพัฒนาการบริหารศูนย์จัดเก็บรายได้ ประกอบด้วย 1) พัฒนาแนวทางการจัดเก็บรายได้ตามหลัก 4S4C 2) การพัฒนา work flow ที่ง่ายต่อการปฏิบัติ 2) พัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออก 4) พัฒนาระบบรายงานโดยการใช้ Software หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจขั้นตอนการทำงานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 76.34 เป็นร้อยละ 85.73, รายงานผลการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกถูกต้องเพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 70.09 เป็นร้อยละ 87.98 ผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ไตรมาสที่ 4/2565 ภาพรวมจาก 8.5 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 9.0 คะแนน ระดับการประเมิน ระดับ D ปรับเพิ่มเป็นระดับ C ในไตรมาส 1/2566 และมีโรงพยาบาลมีรายรับที่เพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 18.64

คำสำคัญ การจัดเก็บรายได้, ศูนย์จัดเก็บรายได้**,** กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aims to develop revenue collection efficiency through the participatory learning process of the revenue collecting officer at Nachuak District Health Service Network, Maha Sarakham Province. The research consisted of 3 phases: situation analysis phase, participatory learning process development phase, and evaluation phase. The research participants were purposively selected and consisted of 1) 5 revenue collecting officer staff, 2) 13 people responsible for sub-fund work, 3) 24 multidisciplinary teams and data recording officers, 4) 12 revenue collection staff from the sub-district health promotion hospital, 5) 15 people from the organization's executive board and CFO committee, and 6) 12 heads of work groups and supervisors, totaling 81 participants. The research was conducted between July 2021 and December 2022. The data collection tools consisted of 1) patient medical record forms, 2) audit record and report forms, and 3) focus group discussion guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

The study found that medical service fees were diverse regarding rights, funds, and compensation criteria. Officials were unable to manage and collect comprehensively. A process for developing revenue collection center management, consisting of 1) developing revenue collection guidelines according to the 4S4C principles, 2) developing a workflow that was easy to follow, 2) developing a system for checking data quality before sending it out, and 4) developing a reporting system using the software. After the development, it was found that officials had a better understanding of the work process from 76.34 percent to 85.73 percent, the report of the results of sending outpatient medical service fee billing data was more accurate from 70.09 percent to 87.98 percent, the Total Performance Score evaluation results for the 4th quarter of 2022, the overall score increased from 8.5 points to 9.0 points, the evaluation level of Level D was increase to Level C in the 1st quarter of 2023, and the hospital had a rise in revenue of 18.64 percent.

Keywords Revenue collection, Revenue collecting officer, Participatory learning process

บทนำ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันคนไทยได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ 3 ระบบใหญ่ คือ 1) สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการโดยมีกรมบัญชีกลางทำหน้าที่ดูแลระบบ 2) สิทธิประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ดูแลระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และ 3) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คุ้มครองบุคคลที่เป็นคนไทยมีเลขประจำตัวประชาชน ให้ได้รับบริการสาธารณสุขทุกมิติ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบเพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง[1]

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถือเป็นนโยบายสำคัญของประเทศไทยที่มุ่งให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียม โดยสถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณจากภาครัฐในการให้บริการ อย่างไรก็ตาม งบประมาณที่ได้รับมักไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ทำให้สถานพยาบาลจำเป็นต้องมีระบบการจัดเก็บรายได้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อความอยู่รอดขององค์กร ประกอบกับการบริหารจัดการของระบบประกันสุขภาพมีความหลากหลายซับซ้อน หน่วยบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพตามสิทธิ์ ต้องปฏิบัติตามกระบวนการ ขั้นตอนและกฎกติกาในการจัดทำข้อมูลขอรับการชดเชย การจัดการฐานข้อมูลของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบเพื่อจัดเก็บรายได้ของสถานพยาบาลที่เกิดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งต้องให้บริการผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานควบคู่ไปพร้อมกันดังนั้นการบริหารระบบจัดเก็บรายได้มีส่วนสำคัญในการช่วยองค์การให้มีเงิน ที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนหรือการได้มาซึ่งกำลังคน สิ่งของ และแรงจูงใจในการทำงาน[2]

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง พบว่า ในปี 2562- 2564 ติดวิกฤตการเงินระดับ 2, 1 และ 0 ตามลำดับ จากข้อมูลปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลมีอัตราการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการได้ร้อยละ 70.9 และพบข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบร้อยละ 21.23 และในปี 2564-2565 ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ซึ่งมีการปรับเกณฑ์การชดเชยโดยเพิ่มความซับซ้อนในการเรียกเก็บในแต่ละกองทุน กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์สารสนเทศสุขภาพ มีหน้าที่ บริหารจัดการข้อมูลผู้สิทธิและจำแนกผู้รับบริการเพื่อให้ ได้รับการดูแลตามสิทธิประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม เรียกเก็บและตามจ่าย รวมถึงงานพยาบาลจัดการรายกรณี ผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยที่ได้รับบริการสุขภาพทั่วไป แต่จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน พบปัญหา คือ การสูญเสียรายได้ เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลตามเกณฑ์ในการขอรับ

ค่าชดเชยบริการ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการประสานงาน สื่อสารระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้บันทึกข้อมูลที่หน่วยบริการ กับเจ้าหน้าที่สารสนเทศผู้จัดการข้อมูล (นักวิชาการคอมพิวเตอร์) ซึ่งต้องทำความเข้าใจเชื่อมโยงคุณภาพการบริการตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพ รวมถึงการใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ เพื่อให้จัดการข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของศูนย์จัดเก็บรายได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้หน่วยบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหากระบวนการจัดเก็บรายได้ ของศูนย์จัดเก็บรายได้ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก
2. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดเก็บรายได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของศูนย์จัดเก็บรายได้ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพกระบวนการจัดเก็บรายได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของศูนย์จัดเก็บรายได้ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนา และ 3) ระยะประเมินผล ดำเนินการในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก ประกอบด้วยโรงพยาบาลนาเชือกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 แห่ง

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ จำนวน 5 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานกองทุนย่อย จำนวน 13 คน 3) ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจำนวน 24 คน 4) เจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้ รพ.สต. จำนวน 12 คน 5) คณะกรรมการบริหารองค์กรและคณะกรรมการ CFO จำนวน 15 คน และ 6) หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน จำนวน 12 คน รวมทั้งหมด 81 คน โดยดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 2) มีหน้าที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับระบบการจัดเก็บรายได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม 3) มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบไม่น้อยกว่า 3 เดือน 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา 5) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการพัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาปฏิบัติงานที่อื่น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบรายงานการตรวจสอบการอนุมัติสิทธิการรักษา อ้างอิงตามหลักเกณฑ์ในระบบบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย เลขประจำตัวประชาสชน 13 หลัก, หมายเลขของผู้ป่วยนอก(Hospital Number), ชื่อ-สกุลผู้รับบริการ, ค่าใช้จ่าย, สิทธิการเงิน, HospSup, HospMain, สิทธิ HOSxp, วันที่ตรวจสอบ, StartDate_NHSO, สิทธิ NHSO, Hmainop_UC, Hmain,สถานพยาบาลหลัก, สถานพยาบาลรอง, ชื่อสิทธิหลัก, ชื่อสิทธิรอง, เลขที่สิทธิ, ผู้บันทึกข้อมูล, อาการสำคัญที่มารับบริการ

2) แบบรายงานการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการ

3) แบบรายงานการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับทีมสารสนเทศสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนแนวทางในการขอรับชดเชยค่าบริการ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 หมวด ดังนี้ 1) รายงานตรวจสอบการลงผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยนอก (เฉพาะลูกหนี้ที่ต้องส่ง E claim) 2) รายงานตรวจสอบการลงผลการวินิจฉัยผู้ป่วยใน 3)รายงานการตรวจสอบค่าห้องผู้ป่วยใน 4) รายงานการตรวจสอบการบันทึกการใช้รถ Refer 5)รายงานตรวจสอบความสมบูรณ์ของการลงข้อมูลทั่วไป 6) รายงานการให้รหัสโรค 7) รายงานตรวจสอบการบันทึกค่าบริการแพทย์แผนไทย (ตรวจสอบแยกรายสิทธิ)

4) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

5) รายงานข้อมูลการติดเงื่อนไขการจ่ายชดเชยก่อนการส่งออกข้อมูล ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้ 1) รายงานการตรวจสอบข้อมูล เทียบกับ โปรแกรม E claim 2)รายงานการตรวจสอบข้อมูลกองทุนย่อย เทียบกับ โปรแกรม E claim 3) รายงานเทียบค่าใช้จ่ายระหว่าง HOSxP กับ โปรแกรม E claim

6) แบบรายงานผลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ชุดข้อมูล 1) ชุดข้อมูลผลการตรวจสอบการชดเชย 2) ชุดข้อมูลสรุปผลการเบิกจ่ายชดเชย (Statement) 3) ชุดข้อมูลการติดเงื่อนไขการจ่ายชดเชย ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ เลขที่หนังสือผลการตรวจสอบ, หมายเลขของผู้ป่วยนอก(Hospital Number), ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย, วันที่เข้ารับการรักษา, วันที่จำหน่าย, Error Code, วันที่ส่ง, วันที่แก้ไข, เลขหนังสือผลการตรวจสอบหลังแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีวิธีการดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 6 ชุด เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดเก็บรายได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียน และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ 0.80-0.94 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) สำหรับแบบรายงานการตรวจสอบ (เครื่องมือชุดที่ 1, 2, 3, 5 และ 6) ทำการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยให้ผู้ตรวจสอบ 2 คนทำการตรวจสอบข้อมูลชุดเดียวกันจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Cohen's Kappa) ได้ค่า Kappa 0.80-0.86 การตรวจสอบความถูกต้องของระบบการรายงาน โดยตรวจสอบความถูกต้องของการประมวลผลและการแสดงผลรายงานโดยทีมสารสนเทศ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์กับการคำนวณด้วยมือ (Manual calculation) ในกลุ่มตัวอย่างทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบรายงานต่างๆ เช่น HOSxP, E-claim และฐานข้อมูล NHSO และปรับปรุงแก้ไขคำสั่งการประมวลผล (Query) ให้ถูกต้องตามเงื่อนไขที่กำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

วงรอบที่ 1 (เดือน กรกฎาคม 2564 - กรกฎาคม 2565)

การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการ ผู้ป่วยนอก จำนวน 1,335 แฟ้ม, ผู้ป่วยใน 447 แฟ้ม ผ่านกระบวนการตามรอยผู้ป่วย (Tracer) เชื่อมโยงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยรายโรค และการบันทึกข้อมูล ที่มีผลต่อการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ใช้แบบรายงานการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล, การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเรียกเก็บค่าบริการ

ประกอบไปด้วย 1) เจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ จำนวน 5 คน ประกอบไปด้วย เจ้าพนักงานเวชสถิติ 2 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานกองทุนย่อย จำนวน 13 คน ประกอบไปด้วย พยาบาล จำนวน 9 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน 3) ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจำนวน 24 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 18 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 2 คน 4) เจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้ รพ.สต. จำนวน 12 คน ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่มีผลต่อการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 1 รายงานการส่งข้อมูลเพื่อขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ประเภทผู้มารับบริการ	จำนวนข้อมูลที่ส่งขอรับชดเชย	ร้อยละข้อมูลที่ไม่ผ่าน
ผู้ป่วยนอก (OPD)	18,281	19.53
ผู้ป่วยใน (IPD)	4,158	11.72

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่มีรายการไม่ผ่านการตรวจสอบ 5 อันดับแรก

ประเภทผู้รับบริการ	รายการไม่ผ่านการตรวจสอบ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอก (OPD)	-บันทึก Project code SCRCOV แต่ไม่มีรายการ Lab Screening	712	3.89
	-บันทึกรหัสโครงการพิเศษ SCRCOV แต่ไม่มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ หรือการตรวจ Lab	712	3.89
	-เกิดจากบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนกันกับข้อมูลที่เคยส่งขอเบิก หรือ มีข้อมูลผู้ป่วยใน admit วันเดียวกันมากกว่า 1 ครั้ง ในหน่วยบริการเดียวกัน	710	3.88
	-เกิดจากมีการบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารถส่งต่อ กรณีผู้ป่วยนอกไม่ได้ทำการบันทึกข้อมูลหน่วยบริการส่งต่อ	576	3.15
	-ไม่พบข้อมูลการ Authentication	563	3.08
ผู้ป่วยใน (IPD)	-รหัสโรค หรือรหัสโครงการพิเศษไม่สอดคล้องกับการเบิกรหัสรายการที่เกี่ยวข้องกับ COVID19	394	9.48
	-ยาที่บันทึกเบิกไม่พบใน Drug Catalog ของหน่วยบริการ	88	2.12
	-เกิดจากบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนกันกับข้อมูลที่เคยส่งขอเบิก หรือ มีข้อมูลผู้ป่วยใน admit วันเดียวกันมากกว่า 1 ครั้ง ในหน่วยบริการเดียวกัน	32	0.76
	-ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการเบิกจ่ายกรณี ผู้ป่วยในรักษาข้ามเขต		
	-เบิกค่าอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย Covid-19 ที่บ้านหรือชุมชน แต่ไม่มีการให้บริการที่บ้านหรือชุมชน	15	0.36
		14	0.34

จะเห็นว่ารายการที่ไม่ผ่านการตรวจสอบตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยเกิดจากการบันทึกข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยได้นำรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนรายการที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเข้าร่วมวิเคราะห์ในการสนทนากลุ่ม และหาแนวทางในการแก้ปัญหา พบว่า

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ ประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการประกันสุขภาพที่มีความซับซ้อน เนื่องจากมีการแยกรายละเอียดการเบิกจ่าย

เป็นหลายหมวด และแต่ละหมวดมีเงื่อนไขการขอรับชดเชยที่แตกต่างกัน อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขบ่อยครั้ง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการสื่อสารและการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบปัญหาการสื่อสารในการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน โดยเฉพาะการทำความเข้าใจศัพท์ทางการแพทย์เพื่อการตั้งค่ารหัสในการขอรับชดเชย กลุ่มนี้ต้องการให้มีการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ การกำหนดแผนเพิ่มรายได้ และการมีเจ้าหน้าที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2. ทีมสหวิชาชีพและกลุ่มเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล พบปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลัง ทำให้ต้องมีการสับเปลี่ยนเวรในการบันทึกข้อมูล ส่งผลให้การสื่อสารไม่ชัดเจนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากการประเมินพบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลและการดำเนินงานตาม Work flow เพียงร้อยละ 76.34 กลุ่มนี้ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล

3. กลุ่มผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ประสบปัญหาด้านการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ในประเด็นการติดตามความครบถ้วนของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลได้ครบถ้วนตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชย กลุ่มนี้ต้องการแบบรายงานสำหรับกำกับติดตามและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อรายงานผู้บริหาร

4. เจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้ รพ.สต. พบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ในการดำเนินงาน เช่น กล้องเว็บแคมสำหรับยืนยันตัวตนผู้รับบริการ โทรศัพท์เคลื่อนที่สำหรับติดตามผู้ป่วย และอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงขาดความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลและการดำเนินงานตาม Work flow กลุ่มนี้ต้องการการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และแนวทางขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนที่เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถบันทึกได้

การพัฒนากระบวนการจัดเก็บรายได้

เกิดกระบวนการพัฒนาโดยในแต่ละประเด็นดังนี้

1) คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการการเงินการคลัง ประกาศนโยบายจัดเก็บรายได้คุณภาพ สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรจัดเก็บรายได้หน่วยบริการ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินงาน เช่น กล้องเว็บแคม เครื่องกระจายสัญญาณอินเตอร์เน็ต กำกับติดตามสถานการณ์การเงินการคลัง และกำกับติดตามแผนเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล

2) หัวหน้ากลุ่มงาน มีแนวทางในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแบบรายงาน การตรวจสอบข้อมูลความสมบูรณ์ของข้อมูล ผ่านโปรแกรม DATA Audit (รายงานสรุปรายชื่อผู้รับบริการที่ส่งขอรับการชดเชยในระบบ E-claim แล้ว) กำกับติดตามข้อมูลการติดเงื่อนไขการจ่ายชดเชย ผ่านรายงานการตรวจสอบข้อมูลการติดเงื่อนไขการจ่ายชดเชย ก่อนส่งออกข้อมูลผ่าน DATA Audit

3) เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย พัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยรายโรค และมีการกำหนด Work flow rt การบันทึกข้อมูลในแต่ละกองทุน กำกับติดตามการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการและติดตามผลการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์รายกองทุน ผ่าน DATA Audit ทุกเดือน

4) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการและการอบรมระบบออนไลน์ โดยวิทยากรจาก สปสช. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการส่งออกเพื่อขอรับชดเชย สะท้อนข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการแก้ไขส่งออกข้อมูลเพื่อขอรับชดเชย ส่งออกข้อมูลภายในเวลาที่กำหนด ติดตามผลการตรวจสอบการขอรับการชดเชยและรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ ดาวน์โหลดข้อมจากเว็บไซต์ สปสช. และนำเข้าในระบบรายงาน DATA Audit โดยรายงานคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังทุกเดือน

การประเมินผล ช่วงที่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีการบริหารจัดการประกันสุขภาพแบบแยกส่วน แต่รวมทุกสิทธิการรักษาเบิกจากกองทุน เงินกู้ พรก ฉุกเฉิน รายละเอียดในการเบิกแยกหลายหมวด ยังพบปัญหาในประเด็นการอนุมัติสิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง ความรวดเร็วของการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคในการดูแลผู้ป่วยในหลังจำหน่าย การบันทึกข้อมูลการใช้รถ Refer และข้อมูลอื่นๆ ยังไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลตอบยังหลังตรวจสอบยังติดเงื่อนไขการการจ่ายชดเชย จึงนำสู่กระบวนการพัฒนาในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 เดือน (กรกฎาคม 2565 - ธันวาคม 2565)

จากการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ พบการอนุมัติสิทธิไม่ถูกต้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่มีเจ้าหน้าที่อื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ประจำมาปฏิบัติงานแทน จึงมีความต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญคอยตรวจสอบการให้สิทธิของเจ้าหน้าที่ที่ขึ้นปฏิบัติงานที่ห้องบัตร

2. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล พบการบันทึกข้อมูลการให้บริการไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์บนรถและการใช้รถ Refer ทำให้ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สาเหตุเกิดจากความไม่มั่นใจในการบันทึกข้อมูลเมื่อมีการแก้ไขเกณฑ์และปรับอัตราจ่ายชดเชย กลุ่มนี้ต้องการให้มีการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างเจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล โดยเสนอให้มีการทบทวนและปรับปรุง work flow ให้เป็นปัจจุบัน

3. ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย พบข้อมูลกองทุนย่อยที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ และค่าบริการที่ขอรับการชดเชยได้รับไม่ครบถ้วน โดยสาเหตุเกิดจากการส่งข้อมูลที่บันทึกขึ้นไปทั้งหมด แต่เกณฑ์การจ่ายชดเชยจ่ายเพียงบางรายการ ทำให้บางรายการติดเงื่อนไข เช่น กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และได้รับบริการหลายอย่าง แต่บางบริการมีเงื่อนไขการจ่ายชดเชยเพียงครั้งเดียวต่อการตั้งครรภ์ กลุ่มนี้ต้องการให้เจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้จัดทำรายงานแจ้งรายการที่ติดเงื่อนไขการจ่ายชดเชย เพื่อใช้ในการปรับแนวทางการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ยังต้องการให้หัวหน้างานช่วยติดตามคุณภาพข้อมูล เพื่อรับทราบปัญหาและให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

เกิดกระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการ ดังนี้

1. พัฒนาแนวทางการจัดเก็บรายได้ตามหลัก 4S4C ประกอบด้วย

S1: Structure มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล และมอบหมายหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ มี Work flow ของกระบวนงานเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิที่ครอบคลุมตั้งแต่ ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim) จนมีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน

S2: System & Software ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน มีการปฏิบัติงานตาม Work flow การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้ผ่านโปรแกรม DATA Audit มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน

S3,4: Staff & skill มีบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้เพียงพอ บุคลากรมี ทักษะความสามารถในการประเมินการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยรายโรค การดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยและการจัดเก็บรายได้: มีการกำหนดรายชื่อผู้รับผิดชอบ ตาม Work flow ของกระบวนการงานเรียกเก็บรายได้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกสิทธิ มีบุคลากรที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ทุกกระบวนการตาม Work flow ไม่น้อยกว่า 5 คน รับผิดชอบในการประเมินบุคลากรที่ปฏิบัติ

หน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ

C1: Care มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษาครบถ้วน มีการดูแลผู้รับบริการและบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การส่งข้อมูลการต้นทุนรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

C2: Code มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลครบถ้วน และถูกต้อง มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัส การรักษาพยาบาลได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ

C3: Complete data มีการตรวจสอบรหัสให้ถูกต้องก่อนส่งเบิกจ่าย มีระบบการตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการถูกต้องกับการให้รหัสโรค รหัสหัตถการถูกต้องกับรหัสชันสูตร ถูกต้องกับรหัสยา

C4: Claim ระบบเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน การบริหารจัดการข้อมูลติดเงื่อนไขการการจ่ายชดเชย

2. การพัฒนา work flow ที่เป็นปัจจุบัน ตามที่มีการเปลี่ยนแปลงตามประกาศขแนวทางการขอรับการชดเชย ในการปฏิบัติงาน จึงพัฒนา work flow ที่ระบุหน้ารายชื่อบุคลากร หน้าที่ในแต่ละกระบวนการเรียกเก็บรวมถึงระยะเวลาในแต่ละกระบวนการ เพื่อสะดวกในการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. พัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออก มีการพัฒนา Software Program DATA Audit ที่สามารถออกรายงาน สอดคล้องกับความต้องการของหน้างาน

ภาพที่ 1 Software Program DATA Audit ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตรวจสอบคุณภาพข้อมูลทั้งก่อนส่งออกและหลังส่งออกได้อย่างมีประสิทธิภาพนาเชื่อถือ

4. พัฒนาระบบรายงานผลการส่งออกข้อมูลเทียบรายตัว ผ่านโปรแกรม DATA Audit มีการเทียบข้อมูลลูกหนี้รายตัว การประมาณผลการจ่ายชดเชย เพื่อประมาณการรายรับจากการเรียกเก็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกับงานบัญชีที่สามารถตัดลูกหนี้ ได้อย่างถูกต้อง

ภาพที่ 2 ตัวอย่างรายงานในการ Monitor การส่งข้อมูลการขอรับชดเชยค่าบริการ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้คำนึงถึงหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาเชือก เลขที่ EC 2564-008 วันที่ 15 มิถุนายน 2564 และต่ออายุ EC 2565-010 วันที่ 16 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

ด้านระบบงานจัดเก็บรายได้จากการเรียกเก็บทุกกองทุน ผู้รับผิดชอบเรียกเก็บรายสิทธิ รายกองทุน และผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ work flow มากขึ้น จากร้อยละ 76.34 เป็นร้อยละ 85.73 จากการวิเคราะห์การเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เนื่องจากหลักเกณฑ์มีการเปลี่ยนแลงบ่อยทำให้ต้องมีการปรับตามประกาศทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่เข้าใจ, ผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ไตรมาสที่ 4/2565 เกณฑ์ประสิทธิภาพรวม 8.5 คะแนน ระดับการประเมิน ระดับ D และเพิ่มขึ้นเป็น 9.0 แนน ระดับการประเมินระดับ C ในไตรมาส 1/2566 และมีรายรับที่เพิ่มมากขึ้น 3,024,898.63 คิดเป็นร้อยละ 18.64 (ที่มา: https://hfo.moph.go.th)

ตาราง 3 แสดงผลร้อยละการกำกับติดตามระบบงานจัดเก็บรายได้จากการเรียกเก็บทุกกองทุน

รายงาน	การกำกับติดตาม	ก่อนพัฒนา (ร้อยละ)	หลังพัฒนา (ร้อยละ)
รายงานการตรวจสอบการอนุมัติสิทธิการรักษาและการแก้ไขให้สิทธิ	- การอนุมัติสิทธิถูกต้อง	70.09	87.98
รายงานการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนการส่งออก	- การบันทึกผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยนอก	100	100
	- การบันทึกผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยใน	100	100
	- ความถูกต้องการบันทึกค่าห้องผู้ป่วยใน	100	100
	- การบันทึกการใช้รถ Refer	87.26	96.75
	- ความสมบูรณ์ของการลงข้อมูลทั่วไป	96.37	97.24
	- การให้รหัสโรค	100	100
	- บันทึกค่าบริการแพทย์แผนไทยครบถ้วน	98.16	98.41
รายงานข้อมูลการติดเงื่อนไขการจ่ายชดเชย และรายงานผลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (https://eclaim.nhso.go.th/)	- ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ		
	ผู้ป่วยนอก	88.21	91.53
	ผู้ป่วยใน	96.05	97.17
	- ข้อมูลกองทุนย่อยที่ผ่านการตรวจสอบ	81.17	87.34
	- ค่าบริการที่ขอรับการชดเชยและได้รับการชดเชย	82.01	97.55

รูปแบบกระบวนการ SMART Model โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

มีนโยบายและการกำกับติดตามคุณภาพข้อมูล โดยหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน

มีการบริหารจัดการตามหลัก 4S4C

การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และการเรียกเก็บและการขอรับการชดเชยค่าบริการที่ครบถ้วนการบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

พัฒนาระบบรายงาน มีการพัฒนารายงานการที่ทันสมัยสอดคล้องกับความ

Team/Technology บุคลากรมีทักษะ และมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาช่วย

สรุปและอภิปรายผล

จากกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดเก็บรายได้ตามหลัก 4S4C ถือเป็นสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาระบบ โดยการจัดโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน ผ่านการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้และการแต่งตั้งคณะกรรมการทำให้เกิดการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาองค์กรที่ต้องมีโครงสร้างการบริหารที่เหมาะสม การมี Work flow ที่ครอบคลุมทุกขั้นตอนช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินงาน ด้านการพัฒนาระบบและซอฟต์แวร์ (System & Software) ผ่านโปรแกรม DATA Audit แสดงให้เห็นถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพงานที่ต้องมีเครื่องมือสนับสนุนที่เหมาะสม การมีบุคลากรที่เพียงพอและมีทักษะ (Staff & Skill) ทั้งในด้านการประเมินการดูแลผู้ป่วยและการจัดเก็บรายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ[1]

การพัฒนาที่บูรณาการทั้ง 4 ด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านการดูแล (Care) การให้รหัส (Code) ความครบถ้วนของข้อมูล (Complete data) และการเรียกเก็บ (Claim) ช่วยให้เกิดระบบการจัดเก็บรายได้ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการพัฒนา Work flow ที่เป็นปัจจุบันซึ่งระบุรายชื่อบุคลากรและระยะเวลาในแต่ละกระบวนการ ทำให้สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ การพัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออกผ่าน Software Program DATA Audit ถือเป็นนวัตกรรมที่สำคัญเนื่องจากช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล สอดคล้องกับหลักการพัฒนาคุณภาพที่เน้นการป้องกันความผิดพลาดและการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ การพัฒนาระบบรายงานผลการส่งออกข้อมูลเทียบรายตัวทำให้สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเชื่อมโยงกับงานบัญชีช่วยให้การจัดการลูกหนี้มีความถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ซึ่งส่งผลดีต่อการบริหารการเงินขององค์กรโดยรวม กระบวนการพัฒนาทั้ง 4 ด้านนี้แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาอย่างเป็นระบบและครบวงจร ตั้งแต่การวางโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาระบบและบุคลากร ไปจนถึงการติดตามและประเมินผล ชาลี เอียมมา[2] ซึ่งเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล

ภายหลังการพัฒนาระบบงานจัดเก็บรายได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดการ

พัฒนาในหลายมิติ ด้านความเข้าใจ Work Flow ของผู้ปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.34 เป็นร้อยละ 85.73 ถึงแม้จะเพิ่มขึ้นไม่มากแต่สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการพัฒนาความเข้าใจร่วมกันของเจ้าหน้าที่เนื่องจากหลักเกณฑ์มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง ทำให้ต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้อยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ คณัชฌา สิทธิบุศย์ และคณะ[3] ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายและเกณฑ์การเบิกจ่ายที่บ่อยครั้งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ ด้านประสิทธิภาพการดำเนินงาน พบว่า Total Performance Score มีการพัฒนาจากระดับ D (8.5 คะแนน) ในไตรมาส 4/2565 เป็นระดับ C (9.0 คะแนน) ในไตรมาส 1/2566 และมีรายรับเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.64 สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้โดยรวม สอดคล้องกับแนวคิดของ ชฎาภรณ์ ชื่นตาและคณะ[4] ที่กล่าวว่าการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้อย่างเป็นระบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและรายรับขององค์กร การพัฒนาคุณภาพข้อมูลพบว่ามีการพัฒนาที่ดีขึ้นในหลายด้าน โดยเฉพาะการอนุมัติสิทธิถูกต้องที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.09 เป็นร้อยละ 87.98 การบันทึกการใช้รถ Refer ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.26 เป็นร้อยละ 96.75 และข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.21 เป็นร้อยละ 91.53 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลี เอียมมา[2] ที่พบว่าการพัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ที่น่าสนใจคือการพัฒนาด้านการชดเชยค่าบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 82.01 เป็นร้อยละ 97.55 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการตรวจสอบและการสื่อสารเงื่อนไขการจ่ายชดเชยที่ชัดเจนส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บ สอดคล้องกับข้อเสนอของ พิทักษ์ผล บุญยมาลิกและธิดาจิต มณีวัต[5] ที่เสนอว่าการพัฒนาระบบการตรวจสอบและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้

อย่างไรก็ตาม ยังมีบางด้านที่มีการพัฒนาเพียงเล็กน้อย เช่น การบันทึกค่าบริการแพทย์แผนไทยที่เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.25 (จากร้อยละ 98.16 เป็น 98.41) สะท้อนให้เห็นว่ายังมีโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาต่อยอดและวัดผลระยะยาว ประเด็นการเพิ่มประสิทธิภาพและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้และการทำงานร่วมกันของบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรโรงพยาบาลโดยใช้ระบบเทคโนโลยีดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. ชาลี เอียมมา. (2563). แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพ ที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(2), 345-357.
3. คณัชฌา สิทธิบุศย์, สมชาติ โตรักษา, ิตติ์พงศ์ สัญชาตวิรุฬห์. (2560). การพัฒนางานจัดเก็บรายได้โรงพยาบาล ในสถาบันบำราศนราดูรด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติจากทุกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2558. วารสารควบคุมโรค, 41(1), 66-75.
4. ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สำลี เวชกามา, เพ็ญแข สะอาดยิ่ง. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(2), 372-381.
5. พิทักษ์ผล บุญยมาลิก, ธิดาจิต มณีวัต. (2564). แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 15(4), 477-489.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรสงคราม

DEVELOPMENT OF CERVICAL CANCER SCREENING PROMOTION PROGRAM BY SELF-ESTING FOR THE HPV VIRUS AMONG AT RISK WOMEN, SAMUT SONGKHRAM PROVINCE.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

ธีระพงษ์ ฐิติธนากุล[1] วรารก์ หวังจิตต์เชียร[1]
Therapong Thitithanakul[1] Vararn Wangjitchien[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ผลการตรวจคัดกรอง และเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อโปรแกรมระหว่างโปรแกรมที่พัฒนา กับการตรวจคัดกรองแบบเดิม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) แพทย์ จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง 5 คน ที่พัฒนาโปรแกรม 2) สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้โปรแกรมที่พัฒนา) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ใช้การตรวจคัดกรองแบบปกติ) กลุ่มละ 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการตรวจคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test / Fisher's exact test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การประชาสัมพันธ์และนัดหมายมาตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง 2) อบรม อสม. และผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย 3) ชักชวนสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มาเข้าสู่ขบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และสาธิตการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง 5) เก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจ 6) แจ้งผลการตรวจ ประสิทธิผลโปรแกรมที่พัฒนา พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และมากกว่าการตรวจคัดกรองแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผลการตรวจคัดกรอง พบว่า กลุ่มที่ใช้โปรแกรมที่พัฒนา พบผลบวก ร้อยละ 6.7 กลุ่มที่ใช้การตรวจคัดกรองแบบเดิม พบผลบวก ร้อยละ 1.7 ทั้งนี้ สตรีกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่พัฒนา มากกว่าการตรวจคัดกรองแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ การตรวจคัดกรองด้วยตนเอง, มะเร็งปากมดลูก, ไวรัส HPV

Abstract

This action research aimed to develop and study the effectiveness of cervical cancer screening promotion program by self-testing for the HPV virus among at risk women, result of cervical cancer screening, comparison of satisfaction with the developed program and the conventional screening program. The sample group consisted of 1) doctors (3 persons), professional nurses (6 persons) and related officials (5 persons) were programmer. 2) women at risk for cervical cancer (120 persons). They were divided into 2 groups; experimental group (the developed program group) and comparative group (the conventional program group), each group consisted of 60 samples. Data collection was used questionnaires and the screening results record form. Data analysis was performed by descriptive statistics, Chi-square test / Fisher's exact test, independent t-test and paired t-test.

The results of the study found that the developed program consisted of: 1) Public relations and appointments by self-examination for HPV virus, 2) Training village health volunteers and community leaders in target areas, 3) Inviting target women to participate in the cervical cancer self-screening process, 4) Providing knowledge about cervical cancer and demonstrations of self-examination for cervical cancer, 5) Self-collection of specimens, 6) reporting the examination results. The effectiveness of the developed program was found that perceived risk of cervical cancer, perceived severity of cervical cancer, perceived benefits of

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

prevention and treatment of cervical cancer and attitudes towards cervical cancer screening were significantly increased and higher than conventional screening program (p-value < 0.001). The screening results found that the group using the developed program had a positive result of 6.7%, and the group using the conventional screening program had a positive result of 1.7%. In addition, the sample women were significantly more satisfied with the developed program than with the conventional screening (p-value < 0.001).

Keywords self- screening, cervical cancer, HPV virus

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม[1] พบผู้ป่วยรายใหม่ 10,000 คนปี หรือวันละ 27 คน เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,200 คน หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน เป็นมะเร็งที่ป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 ส่วนใหญ่พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงช่วงอายุ 30 – 60 ปี[2] ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส Human Papillomavirus: HPV มากกว่า ร้อยละ 99 ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยมีเชื้อ HPV ประมาณ 14 สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการก่อมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุเกิดมะเร็งปากมดลูกถึง 70% เมื่อได้รับเชื้อไวรัส HPV เข้าไปในร่างกายแล้ว จะมีระยะเวลาการดำเนินโรค 10-15 ปี โดยผู้หญิงที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 และสายพันธุ์ 18 มีความเสี่ยงในการพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้หญิงทั่วไปถึง 35 เท่า[3] โรคมะเร็งปากมดลูกเมื่อเป็นแล้วจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ[4] การลดอัตราตายและผลกระทบจากการเกิดมะเร็งปากมดลูก สามารถทำได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[5] หากตรวจพบก่อนจะสามารถรักษาได้ง่าย มีโอกาสหายจากโรค และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเมื่อเป็นโรคแล้ว[6]

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30–60 ปี โดยการตรวจคัดกรองหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก โดยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear)[7] ผลการตรวจแม่นยำ มีความไวสูงถึงร้อยละ 86.8 และความจำเพาะสูงร้อยละ 95[8] แต่มีข้อจำกัดคือผู้หญิงมักจะปฏิเสธการตรวจ เนื่องจากผู้หญิงส่วนใหญ่มักจะเขินอาย กลัวหมอ กลัวเจ็บที่ต้องไปพบแพทย์และขึ้นขาหยั่ง และอาชีพการงานที่เร่งรีบ ปัจจุบันได้มีการตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV โดยสตรีผู้ตรวจจะใช้อุปกรณ์สำหรับเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเองที่บ้าน แล้วส่งไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ที่ให้บริการตรวจ จะทราบผลตรวจภายใน 7-10 วัน[6] ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยต้องมีการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 5 ปี[7]

จากผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA testing ในกลุ่มผู้หญิงช่วงอายุ 30-60 ปี ในจังหวัดสมุทรสงครามที่ผ่านมา พบว่า มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 28.2 (ข้อมูลการคัดกรองระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 – 30 เมษายน 2567) ของประชากรกลุ่มเสี่ยง (6,219 คน) ทั้งนี้ พบว่า ปัญหาของการไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA testing คือ ไม่มีความรู้ความเข้าใจถึงการตรวจโดยวิธี HPV DNA testing มีความกลัว ความอายที่จะไปตรวจ กลัวเสียเวลาและคิดว่าขั้นตอนการตรวจมีความซับซ้อน ตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหา รวมถึงไม่รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[9] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และพบว่าหลายงานวิจัยที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ขับเคลื่อนงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับกลุ่มงานและสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโปรแกรม

ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ **Stretcher & Rosenstock**[10] มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมดังกล่าว เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เกิดความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น เกิดการรับรู้ในความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ลดความกลัวความอาย และเกิดการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA testing มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความครอบคลุมตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง

3. ศึกษาผลการคัดกรอง และเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเดิม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการประยุกต์ใช้การพัฒนารูปแบบของ ดีย์ และฮาริฮาราน (Dey & Hariharan, 2006) ใน 3 ขั้นตอน คือ[11]

1. การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา โดยการประชุมกลุ่ม (Focus group) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 3 คน จากโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาล อัมพวา และโรงพยาบาลนภาลัย (โรงพยาบาล ๆ ละ 1 คน) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอละ 1 แห่ง ๆ ละ 1 คน จากอำเภอเมืองสมุทรสงคราม อำเภออัมพวา และอำเภอ บางคนที ซึ่งเป็นตัวแทน รพ.สต เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสงคราม อำเภออัมพวา และอำเภอบางคนที 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานมะเร็งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 14 คน จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาและการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงตรวจมะเร็งปากมดลูก และแนวทางส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง และนำไปใช้ โดย

2.1 นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาโดยการประชุมกลุ่ม (Focus group) แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง (ชุดเดียวกับที่ดำเนินการในข้อ 1) เพื่อระบุแนวทางในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง

2.2 ออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมและติดตามให้สตรีกลุ่มเสี่ยงตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง โดยการกำหนดกิจกรรมในแนวทางการดำเนินการ

2.3 เสนอโปรแกรมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง ต่อคณะกรรมการบริหารสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงครามเพื่อพิจารณา ให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ พร้อมปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมและเป็นไปได้

2.4 นำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยการประชุมหรืออบรมสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ชุด HPV Self-Collected Test ไปเก็บสิ่งส่งตรวจและนำมาส่งที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

3. การควบคุม ติดตาม และการประเมินผลโดยดำเนินการ

3.1 ควบคุม ติดตาม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองให้ถูกวิธีตามวิธีการ โดยสอบถามวิธีการที่สตรีกลุ่มเป้าหมายจะดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจได้อย่างถูกวิธี และติดตามให้มีการดำเนินการตามแผนที่กำหนด

3.2 ประเมินผลการนำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม GPower version 3.1.9.4 จากค่าความเชื่อมั่นที่ .01 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .95 อิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ .50[12] ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 51 คน และได้เผื่อการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างไป 9 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นสตรีไทยกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก อายุ 30– 60 ปี อยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่เคยมีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่เคยผ่าตัดมะเร็งปากมดลูก และอ่านและเขียนหนังสือได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก คือ เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA testing ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา หรือไม่สามารถตอบคำถามได้ และ/หรือไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจากการคัดเลือก รพ.สต.แต่ละอำเภอ อำเภอละ 1 รพ.สต. (รวม 3 รพ.สต.) แห่งละ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน ต่อรพ.สต. รวม 3 อำเภอ จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง ที่พัฒนา/แบบเดิม 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3) แบบบันทึกผลการตรวจคัดกรองไวรัส HPV ด้วยตนเอง

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ซึ่งโดยรวมมีค่า IOC = 0.94 นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาคอัลฟา (Cronbach’s alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก = 0.77 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก = 0.82 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก = 0.84 ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = 0.78 และความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลก่อน การทดลองและหลังการทดลอง ในเดือนมกราคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2568 ก่อนและหลังการประชุม/ ให้คำแนะนำสตรีกลุ่มเสี่ยง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-squaretest/Fisher’s exacttest, Independent t-test และ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม พิจารณาและได้ผ่านการรับรองตามหนังสือ เลขที่ AF 05-09 COA No. 43/2567 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2567

ผลการศึกษา

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง (สำหรับกลุ่มทดลอง)

1. ประชาสัมพันธ์ และนัดหมายมาตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง ดังนี้

- ประชาสัมพันธ์ผ่านทางแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์บริเวณที่ประชาชนสามารถรับรู้ได้เป็นส่วนใหญ่ อาทิ บริเวณทางแยก หน้าหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ

- ประชาสัมพันธ์โดยให้ อสม. และผู้นำชุมชนเป็นผู้เชิญชวนให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ประชาสัมพันธ์โดยผ่านทาง Facebook/ Line กลุ่ม หรืออื่น ๆ ตามความเหมาะสม

2. อบรม อสม. และผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย โดยการสอนสาธิตการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ตลอดจนการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก

3. อสม. และผู้นำชุมชนดำเนินการชักชวนสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มาเข้าสู่ขบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และสอนสาธิตการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5. ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายนำชุด HPV Self-Collected Test ไปเก็บสิ่งส่งตรวจ และ นำสิ่งส่งตรวจส่งหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดสมุทรสงคราม

6. แจ้งผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง หลังการส่งสิ่งส่งตรวจ 15 วัน ที่สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ๆ สิ่งส่งตรวจ หรืออาจพิจารณาแจ้งผลการตรวจทางโทรศัพท์ ในกรณีที่พบความผิดปกติให้ส่งไปพบสูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าต่อไป

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเดิม) โดยการดำเนินการชักชวน ให้คำแนะนำ และอธิบายการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง โดย อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างไม่เป็นทางการ ที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ หรือที่บ้านสตรีกลุ่มเสี่ยง และเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง นำมาส่งที่สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ และนัดหมายให้มารับทราบผลการตรวจที่สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ๆ ส่งสิ่งส่งตรวจ) หลังการส่งสิ่งส่งตรวจ 15 วัน หรืออาจพิจารณาแจ้งผลการตรวจทางโทรศัพท์ ในกรณีที่พบความผิดปกติให้ส่งไปพบสูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าต่อไป

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบผลการศึกษา ดังนี้

การเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง (การใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) **ของกลุ่มทดลอง** พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อ**เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ** หลังการทดลอง พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรง

ของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) หมายความว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนา ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และมากกว่าการตรวจคัดกรองแบบเดิม

ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มทดลอง มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก positive ร้อยละ 6.7 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก positive ร้อยละ 1.7

เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) หมายความว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การประชาสัมพันธ์และนัดหมายมาตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง 2) อบรม อสม. และผู้นำชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย 3) ชักชวนสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มาเข้าสู่ขบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และสาธิตการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง 5) เก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจ 6) แจ้งผลการตรวจ ซึ่งโปรแกรมนี้ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และมากกว่าโปรแกรมแบบเดิม ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบผล positive ร้อยละ 6.7 ทั้งนี้ โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาทำให้เกิดความพึงพอใจมากกว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเดิม

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงนี้ เป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นให้ อสม.และผู้นำชุมชนเข้ามาช่วยในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการอบรม อสม.และผู้นำชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ไปดำเนินการประชาสัมพันธ์ และชักชวนสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ อสม.ดำเนินการให้ความรู้และสาธิตการตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยเฉพาะในพื้นที่ ๆ รับผิดชอบ โดยดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่ ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก เกิดความมั่นใจ สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ทั้งนี้ วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองนี้ จะทำให้ลดความอายของสตรี และมีเวลาอิสระที่จะทำการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองเมื่อสะดวก ดังการศึกษาของชุลีรัตน์ สาระรัตน์ และศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ[6] พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่มักจะเขินอาย กลัวหมอ ที่ต้องไปพบแพทย์และขึ้นขาหยั่ง และมีบางส่วนไม่ไปตรวจเพราะไม่มีเวลาเนื่องจากอาชีพการงานที่เร่งรีบ แต่การตรวจโดยวิธีนี้ไม่ต้องลางาน ดังนั้น วิธีการตรวจ

ด้วยตนเองนี้ จะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงกล้า/ยินดีที่จะเข้ารับตรวจมะเร็งมากขึ้น แต่วิธีนี้ควรต้องมีการให้ความรู้และสาธิตถึงวิธีการตรวจให้ชัดเจน ทำได้ถูกต้อง จึงจะเกิดประสิทธิผลที่ดีในการเก็บสิ่งส่งตรวจ นอกจากนี้ในการให้ความรู้ ได้มุ่งเน้นถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงรู้และเข้าใจถึงความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ที่ได้รับ อีกทั้งมีการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเห็นคุณค่าในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ยอมรับและกล้าที่จะตรวจมากขึ้น ซึ่งต่างจากการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเดิม โดยการดำเนินการชักชวน ให้คำแนะนำ และอธิบายการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง โดย อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ หรือที่บ้านสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นการให้ความรู้ และชักชวนที่ใช้เวลาสั้น ๆ อย่างไม่เป็นทางการ เป็นการบอกกล่าววิธีการตรวจไม่ได้สาธิตให้ดู ซึ่งสตรีกลุ่มเสี่ยงจะได้รับความรู้ และเข้าใจในวิธีการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความมั่นใจได้น้อยกว่าวิธีที่พัฒนา ทำให้โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเดิมนี้ น่าจะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต้องการที่จะตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า

จากการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และมากกว่าโปรแกรมแบบเดิม ทั้งนี้ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของเพนดอร์ (Pender)[13] กล่าวถึงความรู้ว่า ปัจจัยด้านสติปัญญา ความรู้ และการรับรู้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยด้านสติปัญญา การรับรู้ เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ ซึ่งตามโปรแกรมที่พัฒนานี้ ได้เน้นให้มีการให้ความรู้ การสาธิต และการสร้างทัศนคติเชิงบวก ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ส่วนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเดิม ได้ใช้การให้คำแนะนำอย่างไม่เป็นทางการ ไม่มีการสาธิตการเก็บสิ่งส่งตรวจ จึงทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนา ทั้งนี้ การให้ อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่และเป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถทำได้และมีความมั่นใจ เกิดทักษะ สามารถขยายผลต่อยอดไปยังคนอื่น ๆ ต่อไปได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรรณิกา ทานะขันธ์[14] ที่พบว่า ผลการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test การสาธิต และได้มีการพัฒนา อสม. ต้นแบบในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ เกิดทักษะในการตรวจ มีความมั่นใจ ลดความเขินอายเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเองนี้ อาจทำให้พบผลการตรวจที่แตกต่างกัน ก็ขึ้นอยู่กับสตรีกลุ่มเสี่ยงนั้นมีความเสี่ยงแตกต่างกัน โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนานี้ สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีความพึงพอใจมากกว่าการคัดกรองแบบเดิม เพราะโปรแกรมที่พัฒนาได้มีการให้ความรู้ สาธิตการเก็บสิ่งส่งตรวจ ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความน่าสนใจ เห็นภาพวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ ซึ่งสตรีกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากในเกือบทุก

กิจกรรม ต่างจากโปรแกรมแบบเดิม ที่ได้ให้คำแนะนำ แต่ไม่ได้สาธิตให้ดู เวลาปฏิบัติก็เกิดความมั่นใจน้อยกว่า ผลที่ตามมาคือ สตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดความพึงพอใจน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ทิมา สุดสมบูรณ์, สุมลรัตน์ ขนอม, ฉัตรสุดา กานกายันต์[15]; ชนกพร ปี้บ้านท่า[16] ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ควรกำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งดำเนินการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง ตามโปรแกรมที่พัฒนาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมสตรีกลุ่มเสี่ยง ตามเป้าหมายที่กำหนด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. อบรม อสม.และผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง เพื่อช่วยในการดำเนินการให้เกิดความครอบคลุมสตรีกลุ่มเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ของหน่วยบริการสุขภาพจังหวัดสมุทรสงคราม

2. จัดรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง และดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยตนเอง

3. ควรดำเนินการให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ โดยความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ กับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

4. ควรให้ความสำคัญในการเก็บสิ่งส่งตรวจต้องทำให้ถูกวิธี โดยการให้สตรีกลุ่มเป้าหมายอธิบายวิธีการในการเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจ เพราะหากเก็บไม่ถูกต้องจะทำให้ผลการตรวจผิดพลาดได้

5. ค้นหากลุ่มเป้าหมาย และนัดหมายให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรอง นอกจากในเวลาราชการแล้ว ควรมีการดำเนินการนอกเวลาราชการด้วย โดยเลือกเวลาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อาทิ ช่วงเวลาเลิกงาน/วันหยุด

เอกสารอ้างอิง

1. ภราดร โสทัน. ความรู้ ทัศนคติ ที่สัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/ academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004- 02-0000001113-0000001125.pdf
2. ศุภกร พิทักษ์กากุล. มะเร็งปากมดลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2568]. เข้าถึงจาก: https://www.nci.go.th/th/File_ download/thanong/01/cervical%20cancer%20%E0%B8%A8%E0%B8%B8%E0%B8%A0%E0%B8%81%E0%B8%A3
3. วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ. “หมอจุฬาฯ”เผยหญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกวันละ 13 ราย. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2568]. เข้าถึงจาก: https://www.hfocus.org/content/2024/01/29462
4. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, และวีรวุฒิ อิ่มสำราญ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและ รักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์จำกัด; 2561.
5. ศรีสุรัตน์ ชัยรัตนศักดา. ผลการใช้โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลพระนอน จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564; 18(1): 60-69.

6. ชุลีรัตน์ สาระรัตน์ และศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ. การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567; 18(1); 351-365.
7. ชลัยธร นันทสุภา, จตุพล ศรีสมบูรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/ cervical-cancer-screening-for-thais/
8. กีรติยา พิทยะปรีชากุล, กวีวัชร์ ตันติเศรณี, ปิยะพงษ์ ศรีสวัสดิ์, เบญจมาส มั่นอยู่. ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกและการเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย 2 วิธี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2565; 4(2): 87-94.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 – 30 เมษายน 2567. สมุทรสงคราม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม; 2567.
10. Stretcher, V., & Rosenstock I.M. The Health Belief Model. In Glanz K., Lewis F.M., & Rimer B.K., (Eds.). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
11. Dey, K. P., & Hariharan, S. Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. The TQM Magazine 2006; 18(6): 583-605.
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl-baum Associate; 1988.
13. Pender, N. Health promotion in nursing practice. (2nd ed.) Norwalk: Appleton & Lange; 1996.
14. กรรณิกา ทานะขันธ์. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ตำบลเมืองเสือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2568]. เข้าถึงจาก: http://app101.moph.go.th/academic/web/proceeding/Poster_Primary-21.pdf
15. จันทร์ทิมา สุดสมบูรณ์, สุมลรัตน์ ขนอม, ฉัตรสุดา กานกายันต์. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV Self -sampling) ของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2567; 8(3): 1-15. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/268313
16. ชนกพร ปี้บ้านท่า. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี. วิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 5(2): 101-114.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of the health literacy program for preventing complications of diabetic patients at Ban Nong Hin Subdistrict Health Promotion Hospital, Nong Hin Subdistrict, Nong Kung Sri District, Kalasin Province.

(Received: May 10,2025 ; Revised: May 19,2025 ; Accepted: May 21,2025)

ปนิดา จุนันท์[1] วรกร วิชัยโย[2] ธีรนาถ สุวรรณเรือง[3]
Panida Chunan[1] Woragon Wichaiyo[2] Theeranat Suwanaruang[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) โดยมีผู้เข้าร่วมจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการศึกษากับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test แบบอิสระ และ t-test แบบจับคู่ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น(t=5.162, p-value<0.000) อย่างมีนัยสำคัญในทุกด้านโดยเฉพาะด้านการสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นอย่างชัดเจน(t=5.208, p-value<0.000) โดยเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ งดแอลกอฮอล์ และการรับประทานยาตรงเวลาที่แพทย์สั่ง อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพเท้ายังควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม ผลคะแนนเฉลี่ยทั้งด้านความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวาน, โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน

ABSTRACT

This research is an action research with a two-group pretest-posttest design, with 30 participants, divided into an experimental group and a comparison group. The study was conducted with diabetic patients at Ban Nong Hin Subdistrict Health Promotion Hospital, Nong Kung Si District, Kalasin Province. The research instruments were a health literacy assessment form and a self-care behavior questionnaire for diabetic patients, with reliability values of 0.89 and 0.73, respectively. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and paired t-test, with a statistical significance level of 0.05.

The results of the study found that after the experiment, the experimental group had significantly increased health literacy scores (t = 5.162, p-value < 0.000) in all dimensions, especially health communication, health information decision-making, and media literacy. Self-care behaviors were significantly improved (t=5.208, p-value<0.000), especially quitting smoking, abstaining from alcohol, and taking medication on time as prescribed by the doctor. However, exercise and foot care behaviors should still be further promoted. The mean scores of

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[2] อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[3] อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

both knowledge and health behaviors of the experimental group were significantly higher than those of the comparison group.

Keywords: Health literacy, access to health information and services, diabetic patients, health literacy promotion program, diabetes complications

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและหากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลวได้ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวนมากกว่า 500 ล้านคน และเสียชีวิตปีละ 6.7 ล้านคน โดยในปี พ.ศ. 2567 คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็นจำนวนกว่า 600 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบมีอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่ 2-3 แสนรายต่อปี ในปี พ.ศ. 2565-2567 โดยอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3,324,784 ราย (ร้อยละ 7.34), 3,485,457 ราย (ร้อยละ 7.70) และ3,599,232 ราย (ร้อยละ 8.00) ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 93,000 ราย (ร้อยละ 2.58),95,043 ราย (ร้อยละ 2.18) และ70,562 ราย (ร้อยละ 1.55) ตามลำดับ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน จำนวน 93,000, 95,043 และ 95,144 ราย ตามลำดับ ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจำแนกตามภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 59,046, 73,861 และ 131,544 ราย ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 236,865, 271,484 และ 274,433 ราย ตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า จำนวน 63,484, 85,227 และ71,128 ราย ตามลำดับ ยังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 72,312, 92,714 และ 87,249 ราย ตามลำดับ (HDC กระทรวงสาธารณสุข ,2567) จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อาจเกิดจากผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรค ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่เข้าถึงการรักษา การดูแลรักษาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ผู้ป่วยเพียง 3 ใน 10 คนที่รับการรักษาอยู่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบค่อนข้างสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นสถานบริการในระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการที่มีจำนวนผู้รับบริการจำนวนมากแห่งหนึ่งโดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งที่ไม่มีโรคและมีโรคร่วมมารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease: NCD) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน จากรายงานอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 359 ราย (ร้อยละ 7.04), 369 ราย (ร้อยละ 7.33) และ330 ราย (ร้อยละ 6.58) ตามลำดับ (HDC กระทรวงสาธารณสุข,2567) มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 489, 503 และ 450 ราย ตามลำดับยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่วนมากจะเป็นภาวะแทรกซ้อนเท้า แผลที่เท้า ระหว่างปี 2565-2567 จำนวน 4, 8 และ 7 ราย ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ตัดเท้า 1 ราย รองลงมาภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 2, 3 และ 5 ราย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและด้านโรคและการรักษาทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อาจเนื่องจากขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นลักษณะของบุคคลและทักษะทางสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจ ใช้ข้อมูล และการใช้บริการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพหากประชาชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

โรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้รับยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจจะมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนที่แตกต่างกันในพฤติกรรมแต่ละด้านซึ่งความแตกต่างเหล่านั้นจะส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยตรง นำมาสู่การประยุกต์ใช้โปรมแกรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต้องอาศัยการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง (1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (2) พลังความสามารถในการดูแลตนเองและ (3) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุกและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นจนทำให้บุคคลนั้นประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ในชีวิต โดยกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมีทั้งหมด 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง หรือสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีการจัดโปรแกรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา แก่ผู้เป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แผนการสอนและคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้เป็นเบาหวาน เพื่อประเมิน ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และป้องกันอาการแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้รับยาไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นการควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญต่อการป้องกันความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Two Group Pretest Posttest Design) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเลือกร่วมกับใช้เกณฑ์คัดเลือก(คัดเข้า-คัดออก) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 รวมระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเลือกร่วมกับใช้เกณฑ์คัดเลือก(คัดเข้า-คัดออก) และจับกลุ่มละ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการเสริมสร้างและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการจัดการตนเอง ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามความถี่ของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือราชการจากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอความร่วมมือให้การเข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย และแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์รูปแบบแผนงาน ระยะเวลา ดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้เพื่อการเตรียมแผนการดำเนินการวิจัย

3. รวบรวมข้อมูล ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้ง 6 องค์ประกอบ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการจัดการตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. จัดเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์แผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บ รวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

5.จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะใช้ในกระบวนการจัดกิจกรรมให้มีความพร้อม และมีจำนวนที่เพียงพอ

6. เก็บข้อมูลแบบสอบถามผู้เข้าร่วมงานวิจัยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อการวิเคราะห์เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำมา แจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. ทดสอบสมมติฐาน ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังทดลอง มีความแตกต่างกัน โดยวิเคราะห์ Independent sample t-test และ Dependent sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 10/2568 วันที่รับรอง 15 มกราคม 2568 สิ้นสุดการรับรอง 14 มกราคม 2569 ผู้วิจัยได้อนุญาตและขอความเคารพในส่วนบุคคล ของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อตอบแบบสอบถามในการวิจัยตามความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 และร้อยละ 66.0 ตามลำดับ อายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ56.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 76.70 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 40.00 และร้อยละ 36.70 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100 การประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 46.70 และ 93.30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.30 และร้อยละ 53.10 ตามลำดับ มีโรคร่วมส่วนมากจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 60.00 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยของการป่วยเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ป่วยเป็นเบาหวานมาแล้วเฉลี่ย 2 ปีและ 3 ปี ตามลำดับ และระยะเวลารักษาคิดเป็นร้อยละ 46.70 และ ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ซึ่งบทบาทในครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่จะมีบทบาทเป็นแม่ คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 60.00 ตามลำดับ

2.เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 คะแนน(S.D.=0.38) และแยกออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.92 คะแนน(S.D.=0.32) รองลงมาด้านทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 คะแนน(S.D.=0.52) และค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน (S.D.=0.40) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 คะแนน(S.D.=0.38) และแยกออกเป็นรายด้าน

พบว่า ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.38 คะแนน(S.D.=0.39) รองลงมาด้านการจัดการตนเองทางสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 คะแนน(S.D.=0.45) และค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 คะแนน(S.D.=0.51) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง	3.39	0.84	3.80	0.52	3.21	0.35	3.21	0.35
การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	3.29	0.54	3.74	0.40	3.38	0.39	3.38	0.39
การจัดการตนเองทางสุขภาพ	3.34	0.73	3.66	0.39	3.34	0.45	3.34	0.45
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.68	0.58	3.92	0.32	3.07	0.57	3.07	0.57
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.28	0.67	3.52	0.40	3.20	0.51	3.20	0.51
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	3.47	0.73	3.65	0.50	3.06	0.51	3.06	0.51
รวม	3.40	0.59	3.72	0.38	3.22	0.38	3.22	0.38

3.เปรียบเทียบผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 คะแนน (S.D.=0.34) และแยกออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.86 คะแนน(S.D.=0.17) รองลงมาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 คะแนน(S.D.=0.28) และค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 คะแนน(S.D.=0.52) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากันอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 คะแนน(S.D.=0.21) และแยกออกเป็นรายด้าน พบว่าด้านพฤติกรรมการใช้ยาเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.62 คะแนน (S.D.=0.57) รองลงมาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 คะแนน(S.D.=0.27) และค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 คะแนน (S.D.=0.34) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

การประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
การบริโภคอาหาร	4.09	0.36	4.22	0.28	4.06	0.27	4.06	0.27
การออกกำลังกาย	2.57	0.71	3.00	0.52	2.89	0.34	2.89	0.34
การใช้ยาเบาหวาน	4.65	0.50	4.86	0.17	4.62	0.57	4.62	0.57
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.21	0.62	3.41	0.47	3.85	0.30	3.85	0.30
รวม	3.81	0.29	4.08	0.34	3.93	0.21	3.93	0.21

4.เปรียบเทียบกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังจากการทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 3.72 คะแนน (S.D.=0.38) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent sample t-test พบว่าทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่0.05(p-value <0.000, 95%Cl=0.198-0.458) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังจากการทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยของการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นเป็น 4.08 คะแนน (S.D.=0.34) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent sample t-test พบว่าการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.000, 95%Cl=0.161-0.370) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ผลของโปรแกรม	กลุ่มทดลอง				$\bar{X}$	df	t	95%Cl	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง						
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.					
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.40	0.59	3.72	0.38	0.32	29	5.162	0.198-0.458	0.000
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	3.81	0.29	4.08	0.34	0.26	29	5.208	0.161-0.370	0.000

5.เปรียบเทียบของกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผลการประเมินความรอบรู้ด้าน

สุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 คะแนน (S.D.=0.38) หลังจากการทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 คะแนน (S.D.=0.38) เท่ากัน เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent sample t-test พบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.000, 95%Cl=0.291-0.721) นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 คะแนน (S.D.=0.21) หลังจากการทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 คะแนน (S.D.=0.21) เท่ากัน เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent sample t-test พบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05(p-value <0.021, 95%Cl=0.024-0.276) นั่นคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเปรียบเทียบ ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบของกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ผลของโปรแกรม	กลุ่มเปรียบเทียบ				$\bar{X}$	df	t	95%Cl	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง						
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.					
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.22	0.38	3.22	0.38	0.50	29	4.819	0.291-0.721	0.000
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	3.93	0.21	3.93	0.21	0.15	29	2.440	0.024-0.276	0.021

6.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05(p-value <0.000) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.000)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังรับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลของโปรแกรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{X}$	df	t	95%Cl	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.					
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ									
กลุ่มทดลอง	3.40	0.59	3.72	0.383	0.32	29	5.162	0.198-0.458	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.22	0.38	3.22	0.381	0.50	29	4.819	0.291-0.721	0.000
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ									
กลุ่มทดลอง	3.81	0.29	4.08	0.340	0.26	29	5.208	0.161-0.370	0.000

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังรับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลของโปรแกรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{X}$	df	t	95%Cl	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.					
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.93	0.21	3.93	0.214	0.15	29	2.440	0.024-0.276	0.021

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent sample's t-test พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent sample's t-test พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างกัน ส่วนหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังตารางที่ 5

จากผลการศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจากก่อนทดลองในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมที่นำมาใช้สามารถส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและกลุ่มทดลองมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจากระดับปานกลางไปสู่ระดับสูงหลังการทดลอง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังทดลอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการไม่สูบบุหรี่และงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เรื่องการใช้ยาดีขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะการรับประทานยาตรงเวลาที่แพทย์สั่ง (M=5.00) อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายและการสำรวจสุขภาพเท้ายังคงต้องการการส่งเสริมพัฒนาเพิ่มเติม และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังทดลองมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

โดยสรุปได้ว่าทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05(p-value <0.000, 95%Cl=0.198-0.458) และการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.000, 95%Cl=0.161-0.370) แสดงให้เห็นว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่0.05 ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิรัฏฐวัฒน์ ไม้พลวงและทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2566) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมตามหลัก 4 อ. ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$) และมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ผู้ให้ข้อมูลมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการพัฒนาศักยภาพดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของวินัฐ ดวงแสนจันทร์, สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล และประมาณ กิริรัมย์ (2565) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคล้ายกันกับของมะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์ (2567) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

เพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินความต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เกิดจากการสนับสนุนของคณาจารย์บุคลากรประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ และได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรกร วิชัยโย อาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีรนาถ สุวรรณเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ คอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือตลอดมา ร่วมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายได้เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในกิจกรรม ตลอดจนข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมในครั้งต่อไป จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. (2563) เปลี่ยนวิกฤตเบาหวานด้วยพลังแห่งการพยาบาล.สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://ddc.mophgo.th/brc/news.php?news=15591&deptcode=brc&news_views=704

2.กรมอนามัย สำนักโภชนาการ.(2564). กินอย่างไรเมื่อเป็นเบาหวาน การเลือกผลไม้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2568 เข้าถึงได้จากhttps://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/infographic/1292

3.กรมควบคุมโรค สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2564). คู่มือ กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ.สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf

4.กรมควบคุมโรค สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.(2565). มุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลด้วย. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc&news_views=2

5.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จาก http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2019-09-03-118-2840655.pdf

6.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จากhttps://so05.tci-thaijo.org/index.php/QLLJ/article/view/240263

7.จิรภัค สุวรรณเจริญ, ช่อเอื้อง อุทิตะสาร, อนุรักษ์ เร่งรัด, วัยวุฒน์ อยู่ในศิล และจิตรา ดุษฎีเมธา. (2564). การศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัด สระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://he01.tcithaijo.org/index.php/pck/article/download/248650/169911/

8.บุญชม ศรีสะอาด. (2558). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สุริยาสาส์น.สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก http://library.christian.ac.th/opac/showsearch_bk.php?pointer=T033700

9.พิมพ์ลักษณ์ รังษีภโนดร, ชัชวาล วงค์สารี และอัมพร เจียงวิริชัยกูร.(2561).การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 (2561): กันยายน-ธันวาคม.สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://he01.tcithaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/158169

10.พูนทรัพย์ สมกล้า, ลลิตา คำวิชิต และอภิญญา ศัตรูพินาศ. (2566).ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารวิชาการแพทย์เขต 11ปีที่ 37 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม–ธันวาคม 2566.สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://he02.tcithaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/266102/182338

11.ภคภณ แสนเตชะ.(2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จากhttps://updc.up.ac.th/items/dbae3ae4-5a5c-4b19-a47e-54a412475459

12.มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์ (2567) ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสาหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)46 ปีที่34 ฉบับที่2 เดือนพฤษภาคม –สิงหาคม 2567.สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://thaidj.org/index.php/NRTC/article/view/15632/12363

13.รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ฉบับปรับปรุง 2006 .สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://www.gotoknow.org/posts/115422

14.วินัฐ ดวงแสนจันทร์, สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล และประมาณ กิริรัมย์.(2565).ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2.วารสารการพยาบาล ,71(2),28-37,2565.สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/252236/175906

15.วิมลรัตน์ ผลวิบูลย์ .(2567).ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://he02.tcithaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/264214

16.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช กุมารี. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://drive.google.com/file/d/1M2QULeZoLEhkMexgMK6t-MvgvfQZe90S/view

17.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.(2561). ทางเลือกสุขภาพ ลด หวาน มัน เค็ม มองหาสัญลักษณ์.สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://oryor.com/media/infoGraphic/media_printing/1534?ref=search

18.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2561).โรคเบาหวาน คืออะไร. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhlthawpi/health-information-and-articles/health-information-and-articles-2561/2018-diabates-31

19.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน2566. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://drive.google.com/file/d/1OAIDiCyGsJYA1-wTAxoOu6yL_YL9c7IG/view

20.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2567) ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เขตสุขภาพที่ 7. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3

21.อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร:วิทยพัฒน์.สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://libebook.kku.ac.th/items/602cb18d-0190-4e6a-9f3c-1a432ebc1b85

22.อัจฉรา สุวรรณนาคินทร์.(2559).คู่มือการพยาบาล การดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้เป็นเบาหวาน.สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/251/sins_nursing_manual_2560_11.pdf

23.อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2557). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย.สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf

24.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ.(2563) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครสวรรค์ สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 เข้าถึงได้จาก https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JCDLQ/article/view/244538

การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย

Applying of Gibson's Empowerment concept to enhance Breastfeeding success in sick newborns.

(Received: May 13,2025 ; Revised: May 23,2025 ; Accepted: May 26,2025)

ประคองศรี ถนอมนวล[1] อลิษา จันทร์ทะธรรม[2]
Prakongsri Thanomnuan[1] Alisa Jantathum[2]

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibsonต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ซึ่งประกอบด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4)การคงไว้ในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการค้นพบสภาพการณ์จริง ได้แก่ การประเมินความรู้และพลังอำนาจ เพื่อให้มารดาเกิดการสะท้อนคิดด้วยวิจารณญาณ และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองในบริบทต่าง ๆ ให้มีความยั่งยืนที่จะปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย โดยทดลองใช้กับกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย พบว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibsonที่นำมาประยุกต์ใช้ส่งผลให้มารดาเกิดความรู้ ทัศนคติที่ดี มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รับรู้พลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ , ทารกแรกเกิดป่วย, การเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่

Abstract

This article aims to apply Gibson's empowerment concept to successful practice of breastfeeding in sick newborns. The Empowerment includes four stages: 1) discovering the real situation, 2) reflecting critical thinking, 3) choosing suitable practices for oneself, and 4) maintaining efficient practices. The focus is on discovering the real situation, which includes assessing knowledge and empowerment to enable mothers to engage in critical reflection and select suitable practices for themselves in various contexts, thereby fostering sustainable breastfeeding practices for sick newborns. A pilot study was conducted with two case studies, which revealed that the application of Gibson's empowerment concept resulted in mothers gaining knowledge, having positive attitudes, exhibiting breastfeeding behaviors, and recognizing their empowerment in breastfeeding sick newborns.

Keywords: Empowerment , Sick newborns , breastfeeding

บทนำ

ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้ให้ความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแนะนำให้ทารกควรได้รับนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน และนานต่อเนื่องไปจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น ในทารกที่ครบกำหนดและทารกแรกเกิดป่วย[1,2] จากการสำรวจอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2558-2560 พบว่าทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 44 สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ
[2] ผู้ช่วยอาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ Corresponding Author, Alisa Jantathum E-mail address: ajantathum@gmail.com

พบว่าในปีพ.ศ.2562 และ พ.ศ.2565 ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 14 และ ร้อยละ 29 ตามลำดับ [3] ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก และจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey :MICS) พ.ศ.2565 พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในทารกที่อายุต่ำ กว่า 6 เดือน, เด็กอายุ 12-15 เดือน และเด็กอายุ 20-23 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 28.6, 31.3 และ18.7 ตามลำดับ[4] ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดเกณฑ์ ไว้ที่ร้อยละ 35 และของกรมอนามัย ตั้งแต่ปี 2556 ถึง ปัจจุบันที่กำหนดเกณฑ์ไว้ที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50[5] กระทบระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จึงได้มีการรณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่แนะนำให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และต่อเนื่องไปจนอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น ควบคู่กับอาหารตามวัย เนื่องจากนมแม่มีสารอาหารที่เหมาะสม โดยมีองค์ประกอบที่มีประโยชน์มากกว่า 200 ชนิดสำคัญได้แก่ เซลล์เม็ดเลือดขาว สารต่อต้านอนุมูลอิสระ วิตามิน รวมถึงแบคทีเรียที่ดีต่อระบบทางเดินอาหารของทารก มีสารให้ภูมิคุ้มกันเสมือนเป็นวัคซีนหยดแรกของทารกอีกด้วย ทารกที่กินนมแม่มีโอกาสเสี่ยงเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆน้อยกว่า นอกจากด้านร่างกาย การพัฒนาทางด้านอารมณ์และสติปัญญาดีกว่า ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ หรือทารกที่ได้รับนมผสม[6] พบว่าทารกที่ดื่มนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และดื่มนมแม่ต่อเนื่องจนอายุ ครบ 12 เดือนและติดตามเชาว์ปัญญาของเด็กเมื่ออายุ 6.5 ปี พบว่า ระดับเชาว์ปัญญาของเด็กที่ดื่มนมแม่สูงกว่าเด็กที่ดื่ม นมผสม 5.9 จุด และระยะเวลาของการได้รับนมแม่สัมพันธ์กับค่าคะแนนเชาว์ปัญญา[7] ซึ่งตอบโจทย์จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ในหมุดหมายที่ 12 เรื่องไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูงมุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต เพื่อให้พัฒนาการเด็กสมวัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 88[8]

อย่างไรก็ตามทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องแยกจากมารดาเพื่อเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (SNB) หรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) อาจเป็นอุปสรรคต่อการได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยควรเริ่มต้นให้ความรู้ตั้งแต่การฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด รวมถึงหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายประการ หนึ่งในปัจจัยนั้นคือพลังอำนาจในตนเอง ดังนั้น แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson[9] เป็นวิธีที่สามารถสนับสนุนและส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นาน 6 เดือน และยาวนานไปจนถึง 2 ปี หรือมากกว่านั้น จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563-2565 รายงานว่า ทารกแรกเกิดมีอัตราตาย 4.2, 4.7 และ4.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่ตั้งไว้ที่น้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ[10] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจาก การติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย (Late onset sepsis: LOS) โรคปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary Dysplasia: BPD) ภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิด (Perinatal birth asphyxia) การเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติชนิดรุนแรง (Severe Retinopathy of Prematurity: severe ROP) และภาวะลำไส้เน่า (Necrotizing Enterocolitis: NEC) เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดทำ ให้อวัยวะต่าง ๆ ของทารกทำงานไม่สมบูรณ์ เช่น หัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็น ภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็น สาเหตุ

การตายที่สำคัญ[11] จากสถิติทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปีพ.ศ. 2559-2561 มี อัตราการได้รับนมแม่เพียงร้อยละ 25.4-34.0[11] พบว่ายังมีอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐานของกรมอนามัย ซึ่งควรได้รับร้อยละ 50 ที่กล่าวไว้ และจากการที่ทารกไม่ได้รับนมแม่ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากน้ำนมแม่ สามารถลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดย เฉพาะทารกที่คลอดก่อนกำหนด เช่น โรคจอประสาทตาผิดปกติชนิดรุนแรงร้อยละ 7.6 การติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้ายร้อยละ 5 ภาวะลำไส้เน่าร้อยละ 4 และภาวะลำไส้เน่ารุนแรงร้อยละ 2[11] นมแม่เป็นวัคซีนที่ดีที่สุดของทารก เปรียบเสมือนยาช่วยลดการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ทารกแรกเกิดป่วยเสียชีวิตได้ ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ควรสนับสนุน จึงได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของGibson[9] เพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย สอดคล้องกับแนวทางสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมเด็กไทยโตด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี มีพัฒนาการสมวัย

วัตถุประสงค์

เพื่อประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibsonต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย

วิธีการศึกษา

ขอบเขตของการศึกษารายกรณี

เป็นการศึกษาข้อมูลการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[9] ต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมในทารกแรกเกิดป่วยจำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

วิธีการศึกษา

1.ศึกษาสถิติ/ข้อมูล ทารกแรกเกิดป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและมารดาหลังคลอดที่ทารกแรกเกิดป่วย

2.เลือกเรื่องที่จะศึกษาจาก ทารกแรกเกิดป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด จำนวน 2 ราย เนื่องจากทารกแรกเกิดป่วยเป็นกลุ่มเปราะบาง และมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และต้องใช้ความละเอียดอ่อน ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความเชี่ยวชาญ รวมถึงความรู้เฉพาะโรคและเรื่องที่ต้องการจะศึกษา การขออนุญาตผู้บังคับบัญชาที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียน

3.ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย

4.รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารกแรกเกิดป่วย สอบถามมารดา/ผู้ดูแล ประเมินสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษา โดยการประเมินปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[9] มาประยุกใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดป่วย

7. วิเคราะห์ผลการศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[9] โดยใช้ความรู้ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการนำแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson[9] ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย

เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เมื่อมารดาเข้ามาสอบถามอาการหรือเยี่ยมทารกแรกเกิดป่วย แนะนำตัว และให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของทารกแรก

เกิด แนวทางการรักษา การบีบเก็บน้ำนมเพื่อมาส่งให้กับทารก เพื่อให้มารดาเกิดความไว้วางใจ บอกวัตถุประสงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ให้ความรู้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ประโยชน์ที่มารดาและทารกแรกเกิดป่วยจะได้รับ การสนับสนุนของทีมพยาบาล การมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยให้ประสบผลสำเร็จ

ขั้นที่1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) ให้มารดาประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย และการรับรู้พลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการสอบถามความรู้และให้ความรู้มารดาโดยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ Ten step[13] จาก Dian L. Spatz[12] ได้แก่ step 1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ การเตรียมเต้านม กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม step 2 การกระตุ้นการหลั่งน้ำนมโดยใช้หลัก 3 บ คือบีบเร็ว คลอดปกติควรปั๊มนมและบีบน้ำนมภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผ่าตัดคลอดควรปั๊มหรือบีบน้ำนมภายใน 4-6 ชั่วโมง บีบหรือปั๊มบ่อย 8-12 ครั้งใน 24 ชั่วโมงเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม และบอกวิธีการบีบอย่างถูกวิธี step 3 ขั้นตอนเกี่ยวกับการจัดการน้ำนมดังนี้ บันทึกรายระเอียดเกี่ยวกับการบีบน้ำนม การเก็บน้ำนม วิธีการนำมาส่งให้ทารก การทำความสะอาดอุปกรณ์ปั๊มนม การบริหารการให้นม ถ้ามีนมใหม่ให้นมใหม่ทันที เก็บนมแม่เข้าช่องแช่แข็งทันที่ที่มาที่หอผู้ป่วยตามรายชื่อติด HN AN ให้ชัดเจน และวิธีการละลายนมแม่ให้แช่ในน้ำอุ่นไม่แช่ในน้ำร้อน step4 การทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ ใช้นมแม่หยดใส่ในช่องปาก เช็ดลิ้นเหงือก กระพุ้งแก้มด้วยไม้พันสำลีปราศจากเชื้อ step5 skin to skin care กรณีทารก on o2 cannula ก่อนทำ Kangaroo Mather Careอธิบายให้มารดาหรือบิดาเข้าใจวิธีทำ ดังนี้ 1. ถอดผ้าลูกออกหมดเว้นแต่ผ้าอ้อมและหมวก 2. วางลูกในท่าตัวตั้งระหว่างเต้านมแม่ให้หน้าอกแม่ลูกชิดกัน 3. ตะแคงศีรษะลูกไปด้านใดด้านหนึ่งในลักษณะแหงนเล็กน้อยใต้คางแม่ป้องกันไม่ให้ทางเดินหายใจถูกกดและช่วย ให้แม่ลูกได้สบตากัน 4. ใช้ผ้าผูกลูกติดตัวแม่ให้ส่วนบนของผ้าอยู่ใต้หู 5. จัดแขนขาสะโพกให้อยู่ในท่าเหมือนกบ 6. Monitor Spo2 Keep>92% 7. ใส่เสื้อของมารดาคลุมอีกชั้นเพื่อป้องกันการเปิดเผยและช่วยให้ ลูกอบอุ่นมากขึ้น 8. ให้นมแม่ได้อย่างเดียวจากเต้าหรือร่วมกับวิธีอื่นเช่นหลอดหยด หรือน้ำหนักขึ้นถึง 1800 กรัมจึงให้ลูกดูดนมแม่ตามต้องการ 9. ลูกออกจากอกแม่เฉพาะเวลาที่ต้องดูอาการทางคลินิก การดูแลสะดือการทำความสะอาด การเปลี่ยนผ้าอ้อม (ยกเว้น NICU: มีข้อจำกัดในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่วิกฤตและon monitorต่างๆ) step6 ให้ทารกดูดเต้านมเปล่าของแม่เร็วที่สุดหลังถอดท่อออก กรณีมารดาไม่สามารถมาอยู่หรือมาเยี่ยมไม่ได้ให้ดูดจุกนมหลอกแทน step7 .ให้ทารกดูดเต้าเปล่าของแม่ให้เร็วที่สุดหลังถอดท่อออก ตรวจสอบการเคลื่อนไหวของลิ้น การดูดเป็นสุญญากาศ และประเมิน LATCH ON การจัดท่า โดยท่านั่งในการให้นมแม่ 4 ท่า ได้แก่ ท่านอน ท่าขวางตัก ท่าขวางตักประยุกต์ และท่าฟุตบอล step8 ช่างน้ำหนักทารกทุกวันเพื่อติดตามการเจริญเติบโต และช่างน้ำหนักก่อนและหลังกินนมทุกมื้อ กรณีทารกน้ำหนักไม่ขึ้น เช็คอุปกรณ์ที่ติดกับทารกต้องเหมือนกันทั้งก่อนดูดนมและหลังดูดนมเพื่อติดตามว่าทารกสามารถดูดน้ำนมมารดาได้เหมาะสมหรือไม่ และให้ข้อมูลปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการให้นมแม่ เช่น น้ำนมไหลน้อย เต้านมคัด หัวนมแตก ความวิตกกังวลว่านมแม่ไม่เพียงพอต่อความต้องการลูก วิธีการแก้ปัญหา ให้มารดามีส่วนร่วมในการค้นพบปัญหาของตนเอง และเผชิญกับปัญหาได้

ขั้นที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เมื่อมารดามาเฝ้าหรือเยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วยทารก สร้างสัมพันธภาพ ช่วยเหลือมารดาอุ้มกอดทารก (skin to skin contact) เริ่มต้นช่วยเหลือการอุ้มทารก

เข้าเต้าทันที กรณีไม่มีข้อห้าม โดยจัดท่าอุ้มตามหลัก 4 key signs คือ 1.ศีรษะและลำตัวทารกอยู่ในแนวเดียวกัน 2.ตัวทารกหันเข้าหาเต้านม 3.ตัวของทารกชิดกับตัวของมารดา 4.นิ้วของมารดาไม่อยู่บน ลานนมหรือใกล้กับหัวนม และให้มารดาสังเกตการอมหัวนมที่ถูกต้อง โดยใช้หลัก 4 key signs คือ 1.มองเห็นลานนมบนมากกว่าด้านล่าง 2.ทารกอ้าปากกว้าง 3.ริมฝีปากล่างของทารกบานออก 4.คางทารกแนบหรือเกือบแนบกับเต้านมของมารดา ประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเกณฑ์ LATCH Score และการไหลของน้ำนมเมื่อมารดามาเยี่ยมทารกทุกครั้ง เน้นย้ำเรื่องการบีบเก็บน้ำนมเพื่อมาส่งให้กับทารก และให้มารดาฝึกสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างให้นม เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน ตัวเขียวหรือซีด หายใจเร็ว หายใจหอบ และวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ การหยุดให้นม ลูบตัวกระตุ้นทารกเบาๆ โดยช่วยเหลือดูแลมารดาและทารกอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวล ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยเหลือมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สังเกตและซักถามปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รับฟังปัญหาและช่วยให้มารดานำความรู้ที่ให้เกี่ยวกับนมแม่มาพิจารณาแก้ไขปัญหา

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ให้มารดาฝึกทักษะการอุ้มทารกเข้าเต้า และเลือกท่าให้นมที่เหมาะสมกับตนเอง กล่าวชื่นชมเมื่อมารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง ก่อนและหลังเข้าเต้าชั่งน้ำหนักทารกประเมินว่าหลังมารดานำทารกเข้าเต้าได้อย่างถูกวิธีนั้นพบว่า น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งให้มารดาประเมินตนเองว่ายังคงมีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยอย่างไร เมื่อมารดามีความเข้าใจและยอมรับปัญหา ให้ความรู้มารดาและให้มารดาได้ฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนมีความมั่นใจ เกิดทัศนคติที่ดีและความรู้สึกมีพลังอำนาจ ในการควบคุมและจัดการปัญหา ให้ข้อมูลย้อนกลับ และกล่าวชื่นชมมารดาเกี่ยวกับการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยอยู่เสมอ

ขั้นตอนที่4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) step9 เตรียมจำหน่ายทารกแรกเกิดก่อนกลับบ้าน ให้มารดาได้อยู่กับทารก จนเกิดความมั่นใจ ประเมินความพร้อมของมารดา เช่น มารดามีความรู้ ความมั่นใจและสามารถให้นมทารกได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การหายใจหอบซึมลง ดูดนม ได้น้อย และมารดาประเมินตนเองอีกครั้งเกี่ยวกับความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ทัศนคติและการรับรู้พลังอำนาจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับ และกล่าวชื่นชม เพื่อให้มารดาทราบถึงพัฒนาการที่ดีขึ้นของทั้งมารดาและทารกเมื่อได้รับนมแม่ ให้ข้อมูลมารดาเพื่อกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน จนถึง 2 ปี ร่วมกับอาหารตามวัย หรือหากทารกต้องรักษาตัวต่อเป็นระยะเวลายาวนาน แนะนำมารดาเกี่ยวกับการนำนมมาส่งให้ทารกและให้มารดามาเยี่ยมทารกเพื่อฝึกดูแลและให้นมแม่จนสามารถกลับบ้านได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เขียนได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ปฏิเสธหลังจากได้รับข้อมูลครบถ้วน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการศึกษานี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จคือ พร่องความรู้ส่งผลให้ขาดพลังอำนาจในการให้นมทารกแรกเกิดป่วย เมื่อนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ Gibson[9] ตามลำดับขั้น 4 ขั้นมาประยุกต์ใช้ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 มีความรู้เพิ่มขึ้น ทัศนคติที่ดี และมีพลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยก่อนกลับบ้าน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson[9] เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกแรกเกิดป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	ทารกแรกเกิดป่วยคลอดครบกำหนด 38 สัปดาห์ น้ำหนักตัว 2950 กรัม	ทารกอายุ 4 วัน คลอดครบกำหนด 38 สัปดาห์ น้ำหนัก 3,090 กรัม
2. การวินิจฉัยโรค	Respiratory Distress	Neonatal Jaundice
3.อาการสำคัญ	หลังคลอดหายใจหอบ 60 ครั้ง/นาที active ดี ไม่เขียว ไม่มี Retraction Apgar score 9,10	ตัวเหลือง ตาเหลือง 3 วัน หลังคลอด
4.ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	-	-
5.ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	-	-
6.อาการแรกรับ	active ดี ไม่เขียว หายใจหอบ Monitor Pluse Oxymeter O2 sat 98 %	active ดี ผิวสีเหลือง MBB 15 mg% Hct 56%
7.การรักษาของแพทย์	Oxygen Box 5 LPM , NPO , On IVF 5%D1/5NSS 200 ml drip in 24 hr เมื่ออาการดีขึ้น off IVF,o2 box start Breast feeding	การส่องไฟ และ Breast feeding
การเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นที่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง	เมื่อมารดามาเยี่ยมทารกสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าเป็นมารดาครรภ์แรกและพร่องความรู้เกี่ยวกับการให้นมแม่ จากนั้นให้ความรู้ มารดาเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ต่อ	สร้างสัมพันธภาพ และสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าเป็นมารดาพร่องความรู้เกี่ยวกับการให้นมแม่เมื่อกลับบ้าน ไม่ได้ปลุกทารกมาดูดนมตามเวลา และพบว่ามีปัญหาหัวนมแตกทั้ง 2 ข้าง
	ทารกป่วย กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม การกระตุ้นการหลั่งน้ำนมตามหลัก 3บ คือบีบเร็ว ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด บีบบ่อยใน24 ชั่วโมงให้ได้ 8-12 ครั้ง และบีบอย่างถูกวิธี การเก็บน้ำนมและการนำนมมาส่งให้กับทารก ท่านั่งในการให้นมแม่ 4 ท่า และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการให้นมแม่	จึงให้ความรู้มารดาเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม การกระตุ้นการหลั่งน้ำนมตามหลัก 3 ด ในกรณีนี้คือทารกสามารถดูนมแม่ได้ปกติ จึงใช้วิธีดูดบ่อยใน1วัน ให้ดูด 8-12 ครั้ง และดูดอย่างถูกวิธี ท่านั่งในการให้นมแม่ 4 ท่า และแก้ไขปัญหาหัวนมแตก
ขั้นที่ 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ	ประเมินน้ำนมการไหลของน้ำนมมารดาพบว่ามีน้ำนมซึมๆ เมื่อทารกอาการคงที่หรือดีขึ้น นำทารกมาให้มารดาอุ้มเพื่อเข้าเต้าโดยจัดท่าอุ้มและสังเกตการดูดตามหลัก 4 key signs ให้บิดาได้มีส่วนร่วมในการช่วยสังเกตอาการทารก พบว่ามารดายังไม่มีความมั่นใจ สีหน้าวิตกกังวล อุ้มทารกไม่ถนัด คะแนน LACTH Score ต่ำกว่าเกณฑ์และยังประเมินภาวะพร่องออกซิเจนไม่ได้ จึงได้ให้กำลังใจมารดา สะท้อนกลับปัญหา ให้มารดาระบายความรู้สึก	ประเมินน้ำนมของมารดาพบว่ามีน้ำนมไหลพุ่ง จึงนำทารกมาให้มารดาอุ้มเพื่อเข้าเต้าโดยจัดท่าอุ้มและสังเกตการดูดตามหลัก 4 key signs พบว่ามารดาสามารถทำได้บางส่วนทีมพยาบาลช่วยเหลือจัดท่าเกือบทั้งหมด และนำทารกดูดให้ชิดลานนมมากขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาหัวนมแตกซ้ำ ประเมิน LACTH Score ต่ำว่าเกณฑ์ จึงได้ให้กำลังใจมารดา สะท้อนกลับปัญหา ให้มารดาระบายความรู้สึก และชื่นชมมารดาที่มี

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson[9] เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกแรกเกิดป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	และชื่นชมมารดาที่มีความพยายามให้การดูแลทารก	ความพยายามให้การดูแลทารก เมื่อถึงเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้นมแม่
ขั้นที่ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ	น้ำนมมารดาไหล1-2หยด ให้มารดาฝึกทักษะการอุ้มทารกเข้าเต้า และเลือกท่าให้นมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยชั่งน้ำหนักก่อนและหลังเข้าเต้าพบว่าทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กรัม หลังจากได้เข้าเต้า ให้มารดาฝึกประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ทำทุกครั้งที่เข้ามาเยี่ยมทารก พบว่ามารดามีความมั่นใจมากขึ้น สีหน้าวิตกกังวลลดลง อุ้มทารกเข้าเต้าท่าขวางตัก ประยุกต์ได้มั่นใจ สามารถบอกอาการของภาวะพร่องออกซิเจนของทารกได้ ประเมินคะแนน LACTH Score มากกว่า 8 คะแนน หลังจากนั้นให้มารดาประเมินตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาเล่าว่าวันแรกที่มาเยี่ยมทารกมีความกังวลมากเพราะเป็นลูกคนแรก ไม่มีความรู้เลยว่านมแม่จะช่วยให้ลูกหายอาการดีขึ้นได้อย่างไรและจะสามารถให้นมลูกได้	น้ำนมมารดาไหลพอเดิม ให้มารดาฝึกทักษะการอุ้มทารกเข้าเต้า และเลือกท่าให้นมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยชั่งน้ำหนักก่อนและหลังเข้าเต้าพบว่าทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 20 กรัม หลังจากได้เข้าเต้า มารดามีความมั่นใจมากขึ้นสามารถให้นมลูกท่าขวางตัก และทารกอมหัวนมได้ลึกถึงลานนม ไม่มีปัญหาหัวนมแตกซ้ำอีก ประเมินคะแนน LACTH Score มากกว่า 8 คะแนน ค่าMBB ลดเหลือ 12 mg% Hct 50 % หลังจากนั้นให้มารดาประเมินตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดายอมรับว่าไม่ทราบว่าต้องปลุกลูกดูดนมบ่อยๆ และต้องอุ้มลูกเข้าเต้าให้ถูกวิธี ดูดให้ลึกถึงลานนมเพื่อได้น้ำนมและทารกไม่มีอาการท้องอืด แต่ตอนนี้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้
	อย่างไร เมื่อได้รับการสนับสนุนจากทีมพยาบาลและครอบครัว และมาฝึกดูแลทารกเป็นประจำ เห็นลูกอาการดีขึ้น และน้ำหนักเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าเต้า จึงมีความตั้งใจและมั่นใจว่าสามารถแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้นมแม่ได้และอยากจะให้นมแม่ต่อไป	
ขั้นที่ 4) การคงไว้ในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	ทารกอาการดีขึ้น และจำหน่ายกลับบ้าน การเตรียมจำหน่ายทารกก่อนทารกกลับบ้านให้มารดาประเมินตนเองอีกครั้งเกี่ยวกับความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ทัศนคติและการรับรู้พลังอำนาจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย พบว่ามารดามีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น สามารถอุ้มทารกเข้าเต้าได้อย่างมั่นใจ และมีทักษะในการประเมินภาวะพร่องออกซิเจนของทารกได้ จึงให้ข้อมูลมารดาเพื่อให้มารดากำหนดเป้าหมายและวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน จนถึง 2 ปีหรือนานกว่านั้น มารดาแจ้งว่าจะให้นมแม่ยาวจนถึง 2 ขวบ	ทารกอาการตัวเหลืองดีขึ้น และจำหน่ายกลับบ้าน เตรียมทารกก่อนทารกกลับบ้านให้มารดาประเมินตนเองอีกครั้งเกี่ยวกับความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย ทัศนคติและการรับรู้พลังอำนาจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย พบว่ามารดามีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ทราบประโยชน์ของนมแม่ที่ช่วยป้องกันภาะตัวเหลืองได้และสามารถอุ้มทารกเข้าเต้าได้อย่างมั่นใจ และมีทักษะในการประเมินภาวะตัวเหลืองซ้ำของทารกได้ จึงให้ข้อมูลมารดาเพื่อให้มารดากำหนดเป้าหมายและวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน จนถึง 2 ปีหรือนานกว่านั้น มารดาแจ้งว่าลาคลอดได้ 3 เดือน แต่จะปั๊มนมไว้ให้ลูกขณะ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson[9] เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกแรกเกิดป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	เพราะอยากให้ทารกได้รับประโยชน์จากนมแม่และเพิ่มสายสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก	ไปทำงาน เพราะอยากให้ทารกได้รับประโยชน์จากนมแม่ให้นานที่สุด

****หมายเหตุ** ข้อมูลกรณีศึกษาจากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้ดูแลมารดาหลังคลอดในตึกทารกแรกเกิดป่วย

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อทารกป่วยไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม มารดาและทารกจะถูกแยกออกจากกันทำให้เป็นอุปสรรคต่อการให้นมแม่ได้ การส่งเสริมให้มารดาได้มาเยี่ยมหรือมาอยู่เฝ้าทารกเมื่อทารกต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (SNB) หรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU)เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยให้ประสบความสำเร็จ โดยการนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ Gibson[9] ตามลำดับขั้น 4 ขั้นคือ เริ่มจากประเมินความรู้มารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ทัศนคติ และพลังอำนาจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้ความรู้มารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยโดยประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติของสายสินธ์ กอมณีและคณะ[13] เกี่ยวกับTen step จาก Dian L. Spatz[12] ขั้นที่ 2 พัฒนาทักษะปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยให้มารดาประเมินตนเอง สะท้อนความรู้สึก พร้อมทั้งให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนให้กำลังใจมารดา สะท้อนกลับมารดาและชื่นชมมารดาทุกครั้งเมื่อมารดาทำได้สำเร็จ ขั้นที่ 3 ให้มารดาได้ฝึกทักษะปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งประเมิน ชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการที่ดีขึ้น และให้มารดาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง นำความรู้มาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เพื่อให้เกิดความรู้ ความมั่นใจ และมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้น และขั้นสุดท้าย เตรียมทารกก่อนทารกกลับบ้าน ให้มารดาได้อยู่ดูแลทารกจนเกิดความมั่นใจ และให้มารดาประเมินตนเองอีกครั้งเกี่ยวกับความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ทัศนคติที่ดีและการรับรู้พลังอำนาจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับ และกล่าวชื่นชมให้มารดาเห็นถึงพัฒนาการที่ดีขึ้น ให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับการวางแผนในการให้นมทารกอย่างน้อย 6 เดือน จนถึง 2 ปีหรือยาวนานกว่านั้นพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 มีความรู้เพิ่มขึ้น ทัศนคติที่ดี และมีพลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย สอดคล้องกับในงานวิจัยของ มณท์ธภัชรด์ สุนทรกุลวงศ์[25] ที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ทำให้มารดาปรับตัวเผชิญปัญหาสามารถควบคุมและจัดการปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และรับรู้พลังอำนาจในตนเองสูงขึ้น ส่งผลต่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนจากทีมพยาบาล และเวลาที่เริ่มให้นมแม่ มีผลต่อความ สำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับดาวรรณ แพงโพธิ์ และคณะ[26] ที่พบว่า กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำานาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสามารถเพิ่มพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้พลังอำนาจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้ช่วยเหลือหลักได้

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย ที่จำเป็นต้องแยกจากมารดาเพื่อไปรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด อาจถูกละเลยเนื่องจากให้ความสำคัญกับการรักษาอาการเจ็บป่วยมากกว่าทั้งที่นมแม่ เป็นทั้งอาหาร และเปรียบเสมือนยารักษาโรคสำหรับทารกป่วย ช่วยให้ทารกปลอดภัย ฟื้นฟูสุขภาพได้เร็วขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการขับเคลื่อนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย ต้องตระหนักถึงความสำคัญ สามารถใช้ความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติทักษะที่ถูกต้อง มีการประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson แก่มารดา 4 ขั้น คือ 1. การ

ค้นพบสถานการณ์จริง 2. การสะท้อนความคิดอย่างวิจารณญาณ 3. การตัดสินเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ 4. การคงไว้ในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้มารดาทารก และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. การประยุกต์ใช้แนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson[9] เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกแรกเกิดป่วย เป็นแนวทางการส่งเสริมบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรนำแนวทางนี้ไปปรับใช้ในการพยาบาลกับกลุ่มทารกหรือเด็กป่วยอื่นๆ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการดูแลทารกแรกเกิดป่วยและเด็กป่วยให้ดีขึ้น รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาหรือผู้ที่ดูแล ลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

2. การประยุกต์ใช้แนวคิดครั้งนี้ใช้ขณะที่ทารกแรกเกิดป่วยอยู่ในโรงพยาบาล หากมีวิจัยเพิ่มเติมควรติดตามความต่อเนื่องของการให้นมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยเมื่อกลับไปที่บ้านว่าทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน หรือนานกว่านั้น เพื่อประเมินว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. 2023 [Cited 2025 Apr 3]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding
2. UNICEF. Infant and young child feeding [Internet]. 2023 [Cited 2025 Apr 3]. Available from: https://www.data.unicef.org/topic/nutrition/infant–and–young–child–feeding/
3. UNICEF. Infant and young child feeding [Internet]. 2023 [Cited 2025 Apr 3]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases/ผลสำรวจระดับชาติล่าสุดชี้ไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น
4. UNICEF.การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย [Internet]. 2024 [Cited 2025 Apr 3]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/media/11361/file/Thailand%20MICS%202022%20full%20report%20(Thai). pdf
5.สุกฤตา สวนแก้ว, ศิวพร อึ้งวัฒนา และจิรานันท์ วงศ์สุวรรณ. การศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกในกลุ่มแม่และเด็กอำเภอสูงเม่นจังหวัดแพร่. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39:116-127
6.Sawasdivorn S. The specificity of breast milk and effects on babies' health. In: Voramonkol N. editor. Training manual for breastfeeding specialists. Bangkok: The war veterans organization of Thailand; 2010; p. 31-43. Thai.
7.Breastfeeding center of Thailand. Breastfeeding promotion plan. Paper presented at Thai Health Promotion Foundation; 2014; Bangkok, Thailand
8. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสาม [อินเตอร์เน็ต]. 2024 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ษ. 68]. เข้าถึงจาก: https://www.nesdc.go.th/download/Plan13/Doc/Plan13_DraftFinal.pdf
9.Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs 1995;21(6):1201-10.
10.กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดที่ 033: อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 22 เม.ย. 68] เข้าถึงจาก: https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1601#
11.สุเนตรา แก้ววิเชียร, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, วรรณี จันทร์มาศ, สุกัญญา แสงตุ่น และสุพัตรา ทาอ้อ. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิด คลอดก่อนกำหนดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตใน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562; 30(2):141-158

12. Diane L. Spatz. Ten Steps for Promoting and Protecting Breastfeeding for Vulnerable Infants.J Perinat Neonatal Nurs 2004;18:385–96.

13.สายสินธ์ กอมณี, เยาวเรศ เอออารเลศ, เกียรติกุล เพียงจันทร์, ธนันพร ตรีบุตดี, กัญจน์รัตน์ สุวรรณโกฏ และดรุยาลักษม์ สายแวว. ผลการใช้ Ten Steps ต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทารกป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สาย 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์: การศึกษาวิจัยนำร่อง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2561; 1:82-98.

14.ขวัญหทัย กัณฑะโรจน์. ปัจจัยทำนายความตั้งใจของมารดาในการให้นมมารดาแก่ทารก เกิดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2549.

15.ศศิกานต์ กาละ และรังสินันท์ ขาวนาค. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกป่วย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 68]; 36: 196-208. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/download/73583/59360

16.มยุรา เรืองเสรี. ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ของ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2560; 6(1): 37-48.

17.จิรนันท์ วีรกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวนาน 6 เดือน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. การประชุมวิชาการระดับชาติ “นเรศวรวิจัย” ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ (กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559: 746-57

18.จิรกุล ครบสอน, งามเอก ลำมะนา และกุสุมาลี โพธิปัสสา. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย: การบูรณาการการจัด การเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566; 26:103-113

19.ทิพาวรรณ สมจิตร, วรรณา พาหุวัฒนกร และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. ปัจจัยในระยะคลอดที่มีอิทธิพลต่อการไหลของน้ำนมมารดาหลังคลอด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562; 4:119-127

20.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. Estabishment of Breast feeding. ใน: ศิราภรณ์ สวัสดิวร. สรุปผลการประชุมวิชาการนานาชาตินมแม่ในเด็กป่วยครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ไตเติ้ลพริ้นติ้ง; 2558. หน้า 14-17.

21. Walker M. Breastfeeding the late preterm infant. Journal of Obsetrics Gynecologic & Neonatal Nursing 2008; 37: 692-701.

22. Healthy children. Org, Providing breastmilk for premature and Ill newborns. [database on the Internet]. 2014. [cited 2014 Sep 10]. Available from: http://www.healthychildren.org/English/ages stages/baby/breastfeeding/Pages/Providing-Breastmilk-for-Premature-and-Ill-Newborns.aspx

23. Aggett P, Agostoni C, Axelsson L, De Curtis M, Goulet O, Memell D, et al. Feeding preterm infants after discharge, a commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition 2006; 42: 596-603.

24. Ben XM. Nutritional management of newborn infants: Practical guidelines. World Journal of Gastroenterology 2008; 14(40): 5133-6139.

25.มณฑ์ธภัชรด์ สุนทรกุลวงศ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 4 เม.ย. 68]; 44(2):37-48. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/245526/169489

26.ดาวรรณ แพงโพธิ์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. การเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาครรภ์แรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2561; 11(2):57-77.

27.Kantharot K. Predictors of breastfeeding intention among mothers of preterm infants [thesis]. Chiang Mai; Chiang Mai University; 2006. (in Thai)

28. Cheryl H Gibson PhD RN. The process of empowerment in mothers of chronically ill children [Internet]. 1995 [Cited 2025 Apr 3];21(6) Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x

อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

THE INFLUENCE OF HEALTH PERCEPTION, SOCIAL SUPPORT, AND LEARNED RESOURCEFULNESS ON QUALITY OF LIFE OF EIDERLY PEOPL.

(Received: May 14,2025 ; Revised: May 19,2025 ; Accepted: May 21,2025)

รัชฎา เหล่าพวงศักดิ์[1]
Ratchada Laohphuangsak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดที่ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยปัจจัยแหล่งทักษะภายในตนเองจากแนวคิดทฤษฎีของ Michael Rosenbaum (1990) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดของ Cobb, &Schaefer et al. (1976) เก็บกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตอ.ลาดยาว จ. นครสวรรค์ จำนวน 145 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพHealth Survey, Short-Form 36 V 2.0 ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 8 มิติ โดยเลือกใช้มิติ General health perception และการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง The Self - Control Schedule วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้ร้อยละ 46.1 (R^2=.461, F=40.273, β= 361,p<0.01; β=415, p<0.01ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่ามีเพียงปัจจัยแหล่งทักษะภายในตนเองเท่านั้น ที่ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (p-value .219) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พิจารณาองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1. คุณภาพชีวิตรายด้านสุขภาพกาย พบว่าผู้สูงอายุพอใจคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 23.64 คะแนน (S.D.=2.796) การรับรู้สุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเองในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 15.96 (S.D.=3.145) ผู้สูงอายุมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมทั้งชุดและรายแต่ละด้านมีระดับปานกลาง และ ค่าเฉลี่ย 85.89 (S.D.=10.918)

คำสำคัญ : การรับรู้ภาวะสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, แหล่งทักษะภายในตนเอง, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine the predictive factors of health perception, social support, and internal resourcefulness on the quality of life among the elderly. The conceptual framework was based on a review of relevant literature, incorporating Michael Rosenbaum's (1990) theory for internal resourcefulness and the concepts of Cobb and Schaefer et al. (1976) for health perception and social support. The study sample comprised 145 elderly individuals aged 60 and over residing in Lat Yao District, Nakhon Sawan Province. Data were collected through structured interviews using a personal information questionnaire, the Thai version of the Health Survey Short-Form 36 Version 2.0 (SF-36v2) focusing on General Health Perception and Social Support dimensions, and the Self-Control Schedule (SCS) for measuring internal resourcefulness. Data analysis included descriptive statistics and multiple regression analysis. The findings showed that health perception, social support, and internal resourcefulness were positively and significantly associated with the quality of life of the elderly, explaining 46.1% of the variance (R^2 = .461, F = 40.273, β = .361, p < 0.01; β = .415, p < 0.01), although internal resourcefulness alone was not a significant predictor (p = .219). Quality of life was assessed in four areas:

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

physical health (mean = 23.64, SD = 2.796), health perception (mean = 15.96, SD = 3.145), social support (mean = 85.89, SD = 10.918), all of which were at moderate levels.

Keywords: Health Perception, Social Support, Learned Resourcefulness, Quality of Life of Elderly

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) อย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจากการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ถือเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 32.1 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุในระยะเวลาอันสั้นส่งผลให้ประเทศไทยต้องเตรียมความพร้อมอย่างเร่งด่วนในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี[1]

จังหวัดนครสวรรค์จัดเป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้สูงอายุจำนวน 136,833 คน คิดเป็นร้อยละ 21.07 ของประชากรทั้งหมด และอยู่ในลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 3 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2558) สำหรับอำเภอลาดยาว ซึ่งเป็นอำเภอขนาดใหญ่ ประกอบด้วย 12 ตำบล 149 หมู่บ้าน มีประชากรรวม 88,722 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 13,432 คน คิดเป็นร้อยละ 15.14 ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัดนครสวรรค์[2] จึงนับว่าเป็นพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบกับภาวะการเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะข้อเสื่อม และปัญหาด้านการเคลื่อนไหว อีกทั้งยังพบปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม[3] สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังหรืออยู่ในสภาวะพึ่งพิง[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง (Learned Resourcefulness) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และควบคุมตนเองในการเผชิญกับความเครียดหรืออุปสรรคต่าง ๆ[5] งานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Huang et al.[6] และ Shu, Chang, & Rong[7] พบว่า แหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและมีผลลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับแหล่งทักษะภายในตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีจำกัด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ โดยเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพ แหล่งทักษะภายในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ การดูแลระยะยาว และการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีแหล่งทักษะภายในตนเองสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ60 ปีขึ้นไป อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 13,432คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ60 ปีขึ้นไป อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 145 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบข้อมูลจำนวนประชากรที่ชัดเจน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้โดยใช้โปรแกรม G-Power 3.1[8] ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากโปรแกรมสร้างจากสูตรของ Cohen (1977)และได้รับการตรวจสอบหรือรับรองคุณภาพโดยนักวิจัยหลายคน สามารถใช้กำหนดตัวอย่างได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์และทันสมัย ตัวแปรที่ต้องการศึกษาในงานวิจัยนี้ รวม 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X1) การสนับสนุนทางสังคม (X2) แหล่งทักษะภายในตนเอง (X3) ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Y) โดยสถิติที่ใช้คือการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) กำหนดให้มีค่าระดับความเชื่อมั่นที่ α= .05 อำนาจการทดสอบPower(1 –β) = .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร (f2) = 0.08 เป็นค่าระดับปานกลาง[8] ได้ขนาดตัวอย่าง 141 ราย ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มเป็น 145 ราย

3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage random sampling)ดังนี้

ขั้นแรกสุ่มเลือกตำบลที่อยู่ในอำเภอลาดยาวทั้งหมด 12 ตำบล (ดังตารางที่ 1)โดยวิธีสุ่มเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อตำบลและให้ได้ตำบลตัวอย่างจำนวน 4 ตำบล

ขั้นที่สอง สุ่มเลือกหมู่บ้านโดยวิธีสุ่มเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อหมู่บ้านจากแต่ละตำบลตัวอย่างในขั้นตอนแรกตำบลละ 1 หมู่บ้าน ได้จำนวน 4 หมู่บ้าน เมื่อได้รายชื่อหมู่บ้านแล้วคำนวณหากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ(Proportional to Size) ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน

ขั้นที่สามทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenient sampling) จากหมู่บ้านที่สุ่มได้ในขั้นที่สอง ในวันที่มีการประชุมประชาคมหมู่บ้านที่จัดขึ้นทุกเดือน หรือวันที่มีกิจกรรมส่วนร่วมในหมู่บ้าน เนื่องจากมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี สามารถมาเข้าร่วมประชุม จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในวันดังกล่าว

การสุ่มประชากรผู้สูงอายุ

โดยการเข้าถึงกลุ่มประชากรตัวอย่างผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของแต่ละหมู่บ้าน และเข้าเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ในวันที่มีการนัดประชุมประชาคมในหมู่บ้านหรือวันที่มีกิจกรรมในชุมชนจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดในงานวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ The General Practitioner Assessment of CognitionGPCOG –Thai Version

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม และการเข้าร่วมกิจกรรมที่ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด

ส่วนที่3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของเครื่องมือ Health Survey, Short-Form 36 V 2.0 ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 8 มิติ โดยเลือกใช้มิติ General health perception ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามที่ 1, 11.1 – 11.4 รวมเป็นจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อลักษณะข้อคำถามให้เลือกคำตอบให้ตรงกับระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่ตรงกับตนเองมากที่สุด เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ เป็นจริงอย่างยิ่ง ส่วนใหญ่เป็นจริง ไม่แน่ใจ ส่วนใหญ่ไม่ใช่ ไม่ใช่เลย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมเป็นเครื่องมือที่ใช้มาจากการรวบรวมแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb, Schaefer และคณะ[9] จำนวน 25 ข้อคำถาม โดยแบ่งด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ 6 ข้อ ด้านการสนับสนุนการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า 4 ข้อ ด้านการสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของ 5 ข้อเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ ไม่จริงเลย เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงส่วนมาก เป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเอง แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเองThe Self - Control Schedule เป็นแบบวัดจากแนวคิดความเชื่อในการควบคุมตนเอง เอส ซี เอส (SCS) ของ Michael Rosenbaum[10] โดยเป็นแบบวัดให้รายงานตนเอง (Self - report) ที่มีลักษณะการประเมินแนวโน้มของแต่ละบุคคลในการประยุกต์วิธีการดูแลตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหาด้านพฤติกรรมของตนเอง จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 6 ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งคุณสมบัติของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อฉบับภาษาไทยนี้ แปลโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์และคณะ (กรมสุขภาพจิต, 2545) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต4 ด้านคือ ด้านร่างกาย (Physical domain)ด้านจิตใจ (Psychological domain)ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

2.4 การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา พิจารณาครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และเพื่อเป็นการยืนยันผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในงานวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากผู้สูงอายุ จำนวน 30 ตัวอย่าง ในเขตอำเภอลาดยาวจังหวัดนครสวรรค์นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1)แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ใช้เครื่องมือ Health Survey, Short-Form 36 V 2.0 ฉบับภาษาไทย จากงานวิจัยของชุติเดช เจียนดอน[11] ใช้เฉพาะมิติการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General

health perception) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability)เท่ากับ 0.72

2)แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ Cobb, Schaefer และคณะ[9] ในงานวิจัยของทัศนีย์ เกริกกุลธร[12] ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม (Reliability)เท่ากับ 0.94

3)แบบสัมภาษณ์แหล่งทักษะภายในตนเองใช้แบบวัด The Self - Control Schedule[13] จากงานวิจัยเรื่อง “Leraned Resourcefulness, Quality of life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer”[13] ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)เท่ากับ 0.88

4)แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) แปลโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์ และคณะ[14] ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)เท่ากับ 0.840 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.651

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่ได้จากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

3.5.2 สถิติอนุมาน (Inferential statistics) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) และการกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq .05$ เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปร การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งทักษะภายในตนเอง ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ทำวิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยการนำโครงการวิจัยตรวจสอบกับกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยได้เชิญชวนกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองโดยการแสดงรายละเอียดผ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet) โดยอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย วิธีการดำเนินงานวิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับใดๆ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบด้านลบแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยกเลิก ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ถูกเปิดเผย เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะเก็บแยกไว้คนละแห่งกับแบบสัมภาษณ์ ส่วนข้อมูลและแบบสัมภาษณ์จะไม่ปรากฏชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำไปอภิปรายหรือเสนอพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56.6และร้อยละ 43.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่พบมากเป็นกลุ่มสูงอายุระดับต้นมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 49.7 มีอายุเฉลี่ย 69.72 ปี (S.D. = 6.011)สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 51.0 มีรายได้ส่วนตัวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 84.8 ค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 3,017.24บาท (S.D. = 2,581.944) ร้อยละ 66.2 ระบุว่ารายได้พอเพียงกับค่าใช้จ่ายส่วนตัว และผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ ร้อยละ 49.0 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและการวิเคราะห์ความถดถอยตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่พบความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicolinerity) ในระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทาง

สังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.520, r=0.573, r=0.408, p<0.01 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งทักษะภายในตนเอง กับคุณภาพชีวิตขอผู้สูงอายุ (n=145)

ตัวแปร	1	2	3	4
1.การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1			
2.การสนับสนุนทางสังคม	.316**	1		
3.แหล่งทักษะภายในตนเอง	.317**	.493	1	
4.คุณภาพชีวิต	.520**	.573**	.408**	1

**p < 0.01

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การถดถอยเชิงพหุด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระ เข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับน้อย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูนเป็น 0.679 และสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 46.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ ±7.25 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์พบว่า มีเพียงปัจจัยแหล่งทักษะภายในตนเองเท่านั้น ที่ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (p-value .219) ส่วนผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 46.1 (R^2=0.461; df= 3; F=40.273) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.01 โดยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=0.361, p<0.01; β=.415, p<0.01) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเอง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	**B**	**SE**	**β**	**t**	**p-value**
ค่าคงที่	31.771	6.621		4.799	<0.001**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	5.598	1.031	.361	5.428	<0.001**
การสนับสนุนทางสังคม	.371	.065	.415	5.730	<0.001**
แหล่งทักษะภายในตนเอง	2.261	1.833	.089	1.234	0.219
$R = .679$; $R^2 = .461$; $AdjR^2 = .450$; df = 3; $F = 40.273$; $SE_{est} = \pm 7.25$; P-value = 0.000					

**p < 0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 90.60 และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความ

พอใจระดับปานกลางในคุณภาพด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 23.64, 22.06, 9.52, 28.39 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยศึกษาคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Short-Form 36) ของชุติเดช เจียนดอน[11] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาเพื่อประเมิน และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่า สัมพันธภาพในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 50.4 และความพึงพอใจด้านจิตใจร้อยละ52.7 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจเท่ากับ 59.3 และ 60.2 ตามลำดับ และพบปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพ และอายุโดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ส่วนปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ ร้อยละ 21.5 กล่าวได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว องค์กรท้องถิ่นควรร่วมให้การส่งเสริมกิจรรมเหล่านี้ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทภาคเหนือได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทย ของ Hongthong et al.,[15] ทำการศึกษาผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาว์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี สอดคล้องกับ อารดา ธีระเกียรติกำจร[16] ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิต พบว่ามีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งอธิบายได้ว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตภาคระดับเดียวกัน มีบริบทสังคมไทยในชนบทเป็นแบบเครือญาติมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันตลอดจนสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้กำหนดเป็นนโยบายหลัก เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ว่าด้วยผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองและที่สำคัญ มีนโยบายสอดรับกับสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน และที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด ควรมุ่งเน้นบริการถึงบ้านและมีการประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยครอบคลุมบริการด้านการส่งเสริม เกื้อหนุน และผลักดันนโยบายและงบประมาณลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรสาธารณประโยชน์ในชุมชน ที่เป็นสถานบริการด้านสุขภาพซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยงานบริการปฐมภูมิ มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยนี้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .361, p < 0.01$; $\beta = .415, p < 0.01$ ตามลำดับ) เชื่อมโยงกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชมรมต่างๆ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิสวัสดิการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเข้าถึงต่อเนื่องเพิ่มขึ้นมากจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในระดับใกล้เคียงกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Imanishi, Tomohisa,&Higaki[17] ทำการศึกษาในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยในบ้าน ประเทศญี่ปุ่น ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องมากที่สุดมี 11 ตัวแปร ที่เป็นเหตุผลสำคัญสำหรับการเลือกใช้บริการการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ปัญหาที่ทำการศึกษา คือ ประเทศจะ

เข้าสู่ประชากรสูงวัย จะเกิดปัญหาจากสังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลต้องการลดภาระค่ายา ในผู้สูงอายุ จึงเตรียมการสร้างระบบประกันสุขภาพระยะยาว และปรับแก้ไขระบบยาฟรี เปลี่ยนการรับบริการจากโรงพยาบาลไปดูแลที่ชุมชนด้วยการรับบริการการดูแลในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา ของ Aodeng, et al.[18] ในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนประเทศจีน จำนวน 3,714 คน พบว่าภาวะโรคเรื้อรังมีอิทธิพลกับมิติด้านสุขภาพ(PCS) และมิติด้านสุขภาพจิต(MCS) ในปัจจุบันทุกประเทศได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น เกี่ยวเนื่องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านร่างกายพบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ไปในทางเสื่อมสภาพมากขึ้นโดยลำดับตามอายุที่มากขึ้นด้วย จากการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และสังคมผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจพบว่ามีผลกระทบต่อร่างกายร่วมกับจิตใจส่งผลให้ผู้สูงอายุทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ดังนั้นจึงอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่อิทธิพลโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมทั้งนี้ยังส่งผลถึงด้านสัมพันธภาพทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้อื่น เป็นบุคคลที่ไร้ค่า เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ วิตกกังวล พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพจิต ในเรื่องภาวะวิตกกังวลของคนจีน เชื้อสายอเมริกา ที่อาศัยในชุมชนของ Dong, Chen,&Simon[19] ทำการศึกษาผู้สูงอายุ ใน Greater Chicago พบว่า 8.5% เป็นโรควิตกกังวลและ 65% มีอาการวิตกกังวล พบว่ามักเป็นเพศหญิง ภาวะสุขภาพแย่คุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสมพร โพธิ์ธินาม และคณะ[20] การศึกษาผู้สูงอายุไทย บริบทของจังหวัดมหาสารคามพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม มีระดับคุณภาพชีวิตสูง ผู้สูงอายุรับรู้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในสุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดีมากร้อยละ 80 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับสูง คือด้านสังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ตามลำดับ พบว่า ปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย ซึ่งพบผลจากการวิจัยในครั้งนี้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาของ ชุติเดช เจียนดอน[11]และทวีชัย เชสูงเนิน[21] พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชนของผู้สูงอายุสามารถส่งผลต่อความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ วารี กังใจ[22] และชุติไกร ตันติชัยวนิช[23] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูริชญา เทพศิริ[24] ในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกผลการศึกษาพบว่าสวัสดิการสังคม ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น แต่ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลับตรงกันข้ามกับงานวิจัยอื่นดังได้กล่าวมาแล้วการวิจัยในครั้งนี้พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแหล่งทักษะภายใน ส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง แต่ไม่สามารถทำนายอิทธิพลของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุนั้นมีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยตนเอง คิดว่าเมื่อเข้าสู่วัยชราแล้วเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเองไม่สะดวกเพราะขาดปัจจัยเอื้ออำนวยทางด้านการคมนาคม จึงทำให้รู้สึกว่า ใช้ชีวิตอยู่ไปวันๆ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดน้อยถอยลงได้ เกี่ยวเนื่องกับการศึกษาในความต้องการของผู้สูงอายุใน Hangzhou ประเทศจีน ของ Cao M, Guo, Yu, Chen,& McDonald[25] ศึกษาผู้สูงอายุ พบว่า 88.9% ของผู้สูงอายุมีความเพียงพอต่อที่พักอาศัย และ 97.2% มีความพอใจต่อคุณภาพชีวิตในอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องผลของงานวิจัยในครั้งนี้กับ

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตตนเองมีความหมายมีสัมพันธภาพ มิตรภาพที่ดีกับผู้อื่น และได้พักอาศัยในบ้านเรือนของตนเองอย่างเป็นสุขจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้นเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยนี้ คือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีแหล่งทักษะภายในตนเอง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ส่วนแหล่งทักษะภายในตนเองไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายอิทธิพลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ตรงตามกรอบจากแนวคิดของปัจจัยภายในบุคคลของผู้สูงอายุ คือปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีการับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยนั้น จะสามารถเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีโดยวัดจากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short-Form 36 (SF-36) และแนวคิดของ Cobb, &Schaefer et al.[9] ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนแนวคิดแหล่งทักษะภายในตนเอง ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ศึกษาได้ แตกต่างกับการศึกษาของ Shu, Chang, &Rong[7] ที่พบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกโดยตรงกับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การรู้เท่าทันอาการของโรคเรื้อรัง การใช้ยาอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะกับวัย และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระของครอบครัวและภาครัฐ

2. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. หรือทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะส่งผลดีต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวม

3. แม้ในผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าแหล่งทักษะภายในตนเองไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ในเชิงสถิติ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมเสริมพลังที่เน้นการฝึกคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และพัฒนาการปรับตัวของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมกลุ่มบำบัดเชิงสร้างสรรค์หรือโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งมีแนวโน้มช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง และสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจัดบริการด้านการแพทย์ถึงบ้าน (Home Care), การจัดระบบคมนาคมที่เหมาะสม และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระและมีศักดิ์ศรี

5. ภาครัฐควรผลักดันนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชนบท ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินโครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

6. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งทักษะภายในตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทที่หลากหลาย โดยเฉพาะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หรือกึ่งทดลอง (quasi-

experiment) เพื่อพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมและประเมินผลของแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อประเมินผลของการเสริมสร้างแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ไม่พบอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว จึงควรตรวจสอบด้วยการออกแบบการศึกษาเชิงแทรกแซนที่เหมาะสม

2. ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพควบคู่กับเชิงปริมาณ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความเชื่อ และทัศนคติของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต และเข้าใจบริบทที่อาจไม่สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามเพียงอย่างเดียว

3. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกัน เช่น พื้นที่ในเขตเมืองหรือจังหวัดอื่นที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละบริบท และสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้ได้อย่างหลากหลายและเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี. Retrieved June 3, 2014, from http://www.nesdb.go.th/.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2558). รายงานข้อมูลประชากรและสถานการณ์ด้านสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2558. นครสวรรค์: กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหาร.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). สรุปสถานการณ์สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Retrieved June 4, 2014, from http://popcensus.nso. go.th/file/popcensus-10-01-56-T.pdf.
4. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. (2551). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. เอกสารประกอบการบรรยาย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. Rosenbaum, M. (1990). Learned ressourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior. New York: Spinger.
6. Huang, C.Y., Perng, S.J., Chen, H. F., & Lai, C. Y. (2008). The Impact of Learned Resourcefulness on Quality of life Patients: A Cross -Section Correlational Study. The Journal of Nursing Research, 16(4), 264-274.
7. Shu, S.C., Chang, P. J., & Rong, J. R. (2008). Effects of Learned Resourcefulness on Depression and Quality of Life among solitary Elderly Residents of Communities. The Journal of Health Science, 10(2), 88-98.
8. นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). วิธีการที่ถูกต้องและทันสมัยในการกำหนดขนาดตัวอย่าง. เอกสารประกอบการบรรยายในโครงการ Research Zone. จัดโดยศูนย์การเรียนรู้ทางการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.). วันที่ 26 มกราคม 2555 เวลา 9.00-12.00น. Retrieved November 1, 2015, from http://lllskill.com/web/files/GPower.pdf., 1-20.
9. Cobb, Schafer. et al. (1976). The health related function of social support. Journal of Behavioral Medicine. 4: 381- 405.
10. Rosenbaum, M. (1990). Learned ressourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior. New York: Spinger.

11. ชุติเดช เจียนดอน. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 41 (3): 229-239.
12. ทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
13. Huang, C.Y. et al. (2010). Learned Resourcefulness, Quality of life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer. Oncology Nursing Forum, 37(4), E280-E287.
14. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปริทรรศ ศิลปะกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). แบบสัมภาษณ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยชุดย่อ (WHOQOL_BREF_THAI). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved January 20, 2015, from http://www.dmh.go.th/test/whoqol/download/ view.asp?id=17.
15. Hongthong, D. et al. (2015). Factors Influencing the Quality of life Among Thai Older People in a Rural Area of Thailand. Iran Journal Publice Health, 44(4), 479-485.
16. อารดา ธีรเกียรติกำจร. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. Veridian E-Journal Silpakorn University, 4: 1-19.
17. Imanishi, M., Tomahisa, H., & Higaki, K. (2015). Quality of life in elderly people at the start of using in - home care. Springer Plus Journal, 381(4), 1-7.
18. Aodeng, S. et al. (2015). Quality of life of the community-dwelling elderly and associated factors: A population-based study in urban areas of China. Archives of Gerontology and Geriatrics, 60(2), 311-316.
19. Dong, X.I., Chen, R., Simon, & M.A. (2014). Anxiety Among Community-Dwelling U.S. Chinese Older Adults. Journal Gerontol A Biol Sciences: Medical Sciences, 69(2), 61-67.
20. สมพร โพธินาม และคณะ. (2552). การศึกษาผู้สูงอายุไทย บริบทของจังหวัดมหาสราคาม. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร. 24(3): 197-205.
21. ทวีชัย เชสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกมสมาคมข้าราชชการบำเหน็จบำนาญและผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น. วารสารศรีนครินทร์. 26(Suppl): 190-194.
22. วารี กังใจ. (2541). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาตสร์ มหาวิทยาลับบูรพา 2541: 13-20.
23. ชุติไกร ตันติชัยวนิช. (2551). ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล.
24. ภูริชญา เทพศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก.วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา: 124-132.
25. Cao, M.J, Guo, X.L., Yu, H., Chen, L.Y., & McDonald, T.A. (2014). Chineses community-dwelling elder' s need: promotion ageing in place. International Nursing Review, 61(3), 327-335.
26. Zauszniewski, J.A. (1997). Teaching Resourcefulness Skills to Older Adults. Journal Gerontological Nursing, 23(2), 14-20.

ประสิทธิผลของมินิธัญญารักษ์และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติดที่คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

The effectiveness in Mini-Thanyarak and the matrix program on relapse prevention among substance abuse patients at Sri Muang Mai Hospital.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

วศรัญ วัฒนธีรางกูร[1]
Wasarun Wattanateerangura[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำใน 3 เดือนแรกหลังจบโปรแกรม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัด FAST Model และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัด Matrix Program จำนวนกลุ่มละ 10 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดที่คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ การเก็บข้อมูลดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งเป็นช่วงบำบัดจริง 3 เดือน และช่วงติดตามผล 3 เดือนหลังจบโปรแกรม ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 สถิติที่ใช้ Fisher's Exact Test, Independent Samples t-test, Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา: พบว่าไม่มีผู้ป่วยในกลุ่ม FAST Model รายใดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำภายใน 3 เดือน (ร้อยละ 0.0) ในขณะที่กลุ่ม Matrix Program มีผู้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำร้อยละ 30.0 แม้ผลลัพธ์จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.21$) แต่แสดงแนวโน้มFAST Model มีประสิทธิผลมากกว่า ผู้ป่วยในกลุ่ม FAST Model มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.01$) และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระหว่างการบำบัด ขณะที่กลุ่ม Matrix Program มีผู้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 40.0 ระหว่างการบำบัด ($p = 0.046$) นอกจากนี้ กลุ่ม FAST Model มีทัศนคติต่อการบำบัดและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากทุกแหล่งดีกว่ากลุ่ม Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัจจัยที่ช่วยป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ การได้รับกำลังใจและการติดตามจากเจ้าหน้าที่ การมีเครือข่ายสังคมใหม่ การมีตารางกิจกรรมชัดเจน และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเดิมที่เคยกระตุ้นพฤติกรรมเสพยา ร่วมกับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการความเครียด

คำสำคัญ (Keywords) : โปรแกรมบำบัด, มินิธัญญารักษ์ (FAST Model), Matrix Program, การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ, ผู้ติดยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the effectiveness of the Mini-Thanyarak treatment program (FAST Model) and Matrix Program in reducing relapse among substance abuse patients and study factors affecting relapse prevention within the first 3 months after program completion. Divided participants into two groups: FAST Model and Matrix Program recipients, with 10 participants each. The sample consisted of substance abuse patients at Sri Muang Mai Hospital's Drug Treatment Clinic. Data collection spanned 6 months (3-month treatment phase and 3-month follow-up) from January to June 2025. Statistical analyses included Fisher's Exact Test, Independent Samples t-test, Paired Samples t-test, and qualitative content analysis.

Results: No FAST Model patients relapsed within 3 months (0.0%) while 30.0% of Matrix Program patients relapsed. Although not statistically significant ($p = 0.21$), trends indicated the FAST Model may be more effective. FAST Model patients showed significantly reduced stress levels ($p = 0.01$) with no aggressive behavior during treatment, while 40.0% of Matrix Program exhibited aggressive behavior ($p = 0.046$). The FAST Model group

[1] โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

demonstrated significantly better treatment attitudes and perceived social support from all sources compared to the Matrix Program ($p < 0.001$). Factors helping prevent drug relapse included receiving encouragement and follow-up from staff, having new social networks, clear activity schedules, changing environments that previously triggered drug use behavior, and building confidence and stress management skills.

Keywords: Treatment program, Mini-Thanyarak (FAST Model), Matrix Program, Relapse, Drug addiction patients

บทนำ

ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขและความมั่นคงที่สำคัญในระดับโลก รายงานยาเสพติดโลกประจำปี 2567 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ชี้ให้เห็นถึงอันตรายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายตัวของการใช้ยาเสพติดและตลาดผิดกฎหมายทั่วโลกจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 292 ล้านคนในปี 2565 ซึ่งเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา และประมาณ 64 ล้านคนทั่วโลกประสบปัญหาความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด (Drug Use Disorders: DUDs) ทว่ามีเพียงหนึ่งในสิบเอ็ดคนเท่านั้นที่ได้รับการบำบัด[1] ช่องว่างในการบำบัดรักษานี้สะท้อนถึงวิกฤตสาธารณสุข ซึ่งวิธีการแบบเดิมอาจไม่เพียงพอต่อการบำบัด จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการนำโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิผล และยืดหยุ่น เพื่อบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น

ในบริบทของประเทศไทย เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ยังคงเป็นสารเสพติดที่พบมากที่สุด ซึ่งประเทศไทยยังถูกระบุว่ามีการตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนสูงสุดในเอเชีย คิดเป็นร้อยละ 66 ของทั้งหมดในปี 2561[2] ซึ่งโดยทั่วโลกประมาณร้อยละ 40-60 ของผู้ที่เคยเลิกยาเสพติดกลับไปใช้ซ้ำ[3] สำหรับในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 54.1 ของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนกลับไปเสพซ้ำภายใน 7 วัน[4] การที่อัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงจึงจำเป็นต้องมีแนวทางการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมและปรับเปลี่ยนได้ในระยะยาว ซึ่งนอกเหนือจากการล้างพิษในระยะสั้น ควรคำนึงถึงการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งต้องเข้าใจว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการบำบัดรักษาไม่สามารถจำกัดอยู่แค่ระยะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ควรสร้างทักษะ กลยุทธ์การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และแผนการดูแลที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งคำนึงถึงโอกาสในการกลับไปใช้ยา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งการปราบปราม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมไปถึงการติดตามผลเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ซึ่งสถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พบว่ามีความสลับซับซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งต่อผู้เสพ ครอบครัว ชุมชน และความมั่นคงของประเทศ ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ของประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ใช้และผู้ติดยาเสพติดในฐานะ "ผู้ป่วย" โดยมุ่งเน้นที่ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรม และสังคมมากกว่าการดำเนินคดีอาญา นโยบายนี้ให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจเป็นระบบหลัก โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้ยาเสพติดและลดทอนเศรษฐกิจผิดกฎหมาย [5]

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ได้นำแนวทาง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) มาใช้ตั้งแต่ปี 2559 และได้เริ่มเปิดให้บริการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) ภายในโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นแห่งแรกของจังหวัด ในเดือนกรกฎาคม 2566 (เปิดให้บริการครั้งแรกที่ 10 เตียง) ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่เปิดให้บริการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบดังกล่าว และมีการให้บริการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติดในสองรูปแบบหลักนี้ มาอย่างต่อเนื่อง และต่อมาในปีงบประมาณ 2568 เปิดให้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 12 เตียง ซึ่งปัจจุบัน

มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ จำนวน 15 คน และเข้ารับการบำบัดในรูปแบบ Matrix Program ที่คลินิกบำบัดสารเสพติด จำนวน 40 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการกลับไปเสพซ้ำเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดให้หายขาดอย่างถาวร แม้ว่าจะมีโปรแกรมบำบัดหลากหลายรูปแบบ แต่อัตราการกลับไปเสพซ้ำยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทาย โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

Matrix Program หรือการบำบัดแบบกายจิต สังคม (Matrix Program) เป็นรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยนอกที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในประเทศไทย พัฒนามาจาก UCLA ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเน้นการให้องค์ความรู้ ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยทั่วไปMatrix Program ประกอบด้วยระยะเข้มข้น (Intensive Phase) ประมาณ 4 เดือน และระยะติดตามดูแล (After Care Program) อีก 8 เดือน [6] ในขณะที่มินิธัญญารักษ์ โดยเฉพาะในรูปแบบที่ใช้ FAST Model ซึ่งมีองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของครอบครัว การช่วยเหลือตนเอง และชุมชนบำบัด อาจมีหลักการบางส่วนที่สอดคล้องกับการสนับสนุนทางจิตสังคมของ Matrix Program แต่มีความแตกต่างที่สำคัญคือ มินิธัญญารักษ์เป็นรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยในหรือแบบพักค้าง (Residential Model) สำหรับการดูแลระยะกลางและระยะยาว ในขณะที่ Matrix Program มักดำเนินการในรูปแบบผู้ป่วยนอก [7, 8]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมมินิธัญญารักษ์ และ Matrix Program ในการลดการกลับไปเสพซ้ำ ของผู้ป่วยยาเสพติดในช่วง 3 เดือนแรกอย่างชัดเจน สำหรับ Matrix Program มีการระบุว่าโปรแกรมนี้ซึ่งมักใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน (22-24 ครั้ง) สามารถนำไปสู่การลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำและความถี่ในการใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ติดแอมเฟตามีน อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าประสิทธิผลของ Matrix Program ในบางบริบทอาจ "ยังไม่ดีพอ" และควรได้รับการปรับปรุงในด้านการคัดเลือกผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของชุมชน [9, 10] ในส่วนของ โปรแกรมมินิธัญญารักษ์ มีการศึกษาพบว่าทั้งโปรแกรม FAST และโปรแกรมที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลางอื่นๆ สามารถลดความรุนแรงของการใช้ยาเสพติดและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญในการติดตามผล 6 เดือน และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดครบหลักสูตรของ FAST Model มีอัตราการเลิกยาเสพติดได้มากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับผลการบำบัดใน 3 เดือนแรกมีจำกัด แต่ผลลัพธ์ในระยะยาวและระยะกลางบ่งชี้ถึงประสิทธิผลของโปรแกรมนี้อย่างชัดเจน [10, 11] นอกจากนี้ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการบำบัดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดทั้งสองรูปแบบต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำใน 3 เดือนแรกหลังจบโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ FAST Model และ Matrix Program ในแง่ของความสามารถในการลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่ช่วยป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ภายในสามเดือนหลังการบำบัด โดยการดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมด 6 เดือน แบ่งออกเป็นช่วงการบำบัดจริงจำนวน 3 เดือน (ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568) และช่วงการติดตามผลหลังการบำบัดอีก 3 เดือน (ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2568) เพื่อประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมถึงการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการบำบัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดด้วย FAST Model จำนวน 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยMatrix Program จำนวน 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน (matching) ภายใต้เกณฑ์ที่กำหนดอย่างรัดกุม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีความพร้อมในการเข้ารับการบำบัด และสามารถติดตามผลได้ตลอดระยะเวลาการศึกษาอย่างสมบูรณ์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ซึ่งได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2568-01.015

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 , แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20), แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index objective Item Congruence: IOC) แต่ละข้อตั้งแต่ 0.67 - 1.00

การแทรกแซงการวิจัย

การศึกษานี้นำเสนอการเปรียบเทียบการแทรกแซงสองรูปแบบ ได้แก่ FAST Model "มินิธัญญารักษ์" สำหรับผู้ป่วยใน และ Matrix Program สำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่ง FAST Model ใช้เวลาคงที่ 12 สัปดาห์แบบเข้มข้น ขณะที่ Matrix Program ใช้เวลา 4-16 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผู้ป่วย พร้อมการติดตามระยะยาว 1 ปี ดังนี้

FAST Model: โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน

FAST Model ประยุกต์ใช้หลักการบำบัดแบบบูรณาการ (Integrated Treatment Approach) ที่ผสมผสานการแทรกแซงทางการแพทย์ จิตสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุม ระยะเวลาการแทรกแซง 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะการบำบัดตามลำดับขั้นตอนพัฒนาการ ดังนี้

ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-4): Motivational Enhancement Therapy (MET)

ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5-8): Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และทักษะชีวิต

ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 9-12): Relapse Prevention (RP) และการสนับสนุนทางสังคม

Matrix Program: โปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก Matrix Program เป็นการแทรกแซงแบบปรับตัวได้ (Adaptive Intervention) ที่กำหนดระยะเวลาและเนื้อหาการบำบัดตามระดับความรุนแรงของภาวะการเสพติด โดยใช้เกณฑ์การประเมิน V.2 เป็นเครื่องมือในการจำแนกกลุ่ม ดังนี้ ผู้ใช้ (2-3 คะแนน V.2): 4 สัปดาห์ (4 ครั้ง) ผู้เสพ (4-26 คะแนน V.2): 9 สัปดาห์ (9 ครั้ง) ผู้ติด (27+ คะแนน V.2): 16 สัปดาห์ (16 ครั้ง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความถี่ และสถิติอนุมาน ได้แก่ Independent Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Paired Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบก่อน-หลังการบำบัด Fisher's Exact Test สำหรับตัวแปรเชิงหมวดหมู่ McNemar's Test สำหรับพฤติกรรมก้าวร้าว และ Mann-Whitney U Test สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ และใช้ Cohen's d วัดขนาดผลของการทดลอง

ผลการศึกษา

1. การกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติดภายในระยะเวลา 3 เดือนแรกหลังการบำบัด

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัด FAST Model และ Matrix Program ในการลดการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด ณ คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 20 คน แบ่งเป็นกลุ่ม FAST Model 10 คน และกลุ่ม Matrix Program 10 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และจับคู่ (Matching) เพื่อควบคุมตัวแปรพื้นฐานให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยมีกระบวนการติดตามอย่างเป็นระบบหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดในแต่ละโปรแกรมหลังจากจำหน่ายจากคลินิก ทั้งการสัมภาษณ์ซักถามผู้ป่วยซ้ำและผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และการติดตามโดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกบำบัดยาเสพติดโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เพื่อยืนยันผลการไม่กลับไปเสพซ้ำอย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ

ผลการติดตามพบว่า กลุ่มที่ได้รับ FAST Model ไม่มีผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำภายในระยะเวลา 3 เดือนแรก (0 ใน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับMatrix Program มีผู้กลับไปเสพซ้ำจำนวน 3 ราย (3 ใน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0) ซึ่งในทางคลินิกถือว่าพบความแตกต่างในเชิงสัดส่วนที่น่าสนใจ เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's Exact Test พบว่าการกลับไปเสพซ้ำไม่แตกต่างกัน ($p = 0.21$) แม้ว่าความแตกต่างในเชิงร้อยละจะบ่งชี้ถึงแนวโน้มที่ FAST Model มีศักยภาพสูงกว่าในการควบคุมพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ

2. ผลกระทบของทั้งสองโปรแกรมต่อระดับความเครียด พฤติกรรมก้าวร้าว และทัศนคติต่อการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด

ด้านการจัดการความเครียด

FAST Model แสดงประสิทธิภาพที่โดดเด่นในการลดระดับความเครียดของผู้เข้ารับการบำบัด โดยสามารถลดคะแนนความเครียดจาก 23.6 เป็น 21.6 คะแนน ซึ่งเป็นการลดลง 2.0 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ในทางตรงกันข้าม Matrix Program สามารถลดความเครียดได้เพียงเล็กน้อยจาก 24.7 เป็น 23.9 คะแนน โดยลดลงเพียง 0.8 คะแนนและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.45$)

สิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่งคือการที่ Matrix Program ก่อให้เกิดความเครียดสูงมากในระหว่างการบำบัด โดยคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้นถึง 45.1 คะแนน เทียบกับ FAST Model ที่มีคะแนนความเครียดในระหว่างการบำบัดเพียง 30.2 คะแนน ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการบำบัดของ Matrix Program อาจมีความเข้มข้นหรือกระบวนการที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดมากเกินไป ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูในระยะยาว

ด้านการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว

ในด้านพฤติกรรมก้าวร้าว FAST Model แสดงผลลัพธ์ที่เป็นเลิศโดยไม่มีผู้เข้ารับการบำบัดแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเลยทั้งก่อนและระหว่างการบำบัด (0.0%) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรักษาสภาวะความสงบและการจัดการอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ Matrix Program กลับพบการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากไม่พบ เป็นร้อยละ 40 (4 คน) ระหว่างการบำบัด ($p = 0.046$)

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในระหว่างการบำบัดถือเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลเสียต่อบรรยากาศการบำบัดเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ ดังที่ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่ม Matrix Program พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.034$)

ด้านทัศนคติต่อการบำบัด

ทั้งสองโปรแกรมสามารถปรับปรุงทัศนคติต่อการบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ FAST Model แสดงผลลัพธ์ที่เหนือกว่าอย่างชัดเจน โดยคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.08 คะแนน ซึ่งมีขนาดผลที่ใหญ่มาก (Cohen's d = 4.61) ในขณะที่ Matrix Program มีคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 2.04 เป็น 2.74 คะแนน ด้วยขนาดผลที่ใหญ่ (Cohen's d = 2.88) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการบำบัด พบว่ากลุ่ม FAST Model มีทัศนคติที่ดีกว่ากลุ่ม Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, Cohen's d = 4.42)

ความเชื่อมโยงกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับความสำเร็จในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในกลุ่ม Matrix Program ผู้ที่กลับไปเสพซ้ำมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 27.3 คะแนน สูงกว่าผู้ที่ไม่กลับไปเสพซ้ำที่มีคะแนนเฉลี่ย 24.1 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) นอกจากนี้ ยังพบว่าทุกคนที่กลับไปเสพซ้ำในกลุ่ม Matrix Program มีประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างการบำบัด

ในทางตรงกันข้าม กลุ่ม FAST Model ไม่มีผู้กลับไปเสพซ้ำเลย (0%) เทียบกับกลุ่ม Matrix Program ที่มีผู้กลับไปเสพซ้ำ 3 คน (30%) แม้ว่าความแตกต่างนี้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก ($p = 0.21$) แต่แนวโน้มดังกล่าวยังคงสะท้อนถึงประสิทธิภาพที่เหนือกว่าของ FAST Model

ข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเสริมสร้างความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างทั้งสองโปรแกรม ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่ม FAST Model รายงานว่ารู้สึกมีความหวังและมั่นใจมากขึ้น เข้าใจตัวเองและสาเหตุการเสพดีขึ้น และได้เรียนรู้ทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่ม Matrix Program ยังคงประสบปัญหาความเครียดและความรู้สึกเหงาในระดับสูง มีอาการถอนยาและความอยากเสพซ้ำที่รุนแรง และพบความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่

3. ผลกระทบของทั้งสองโปรแกรมต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (จากครอบครัว เพื่อน ชุมชน และทีมแพทย์) การมีส่วนร่วมในการบำบัด และ ความพึงพอใจ

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว

ทั้งสองโปรแกรมสามารถเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ FAST Model แสดงประสิทธิภาพที่เหนือกว่าอย่างชัดเจน กลุ่ม Matrix Program มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.04 เป็น 2.74 (Cohen's d = 2.88) ขณะที่กลุ่ม FAST Model เพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.08 (Cohen's d = 4.61) เมื่อเปรียบเทียบหลังการบำบัด กลุ่ม FAST Model มีคะแนนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, Cohen's d = 4.42)

การรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อน

ผลการศึกษาแสดงรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน โดยกลุ่ม FAST Model มีการปรับปรุงที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกัน แต่ขนาดผลของ FAST Model ใหญ่กว่ามาก (Cohen's d = 4.61 เทียบกับ 2.88) ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรมในการส่งเสริมการสนับสนุนจากเครือข่ายเพื่อนฝูงได้ดีกว่า

การรับรู้การสนับสนุนจากชุมชน

ในด้านนี้ FAST Model แสดงประสิทธิภาพที่โดดเด่นที่สุด กลุ่ม Matrix Program มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.08 เป็น 2.73 (Cohen's d =

2.99) ขณะที่กลุ่ม FAST Model เพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 3.90 (Cohen's d = 5.38) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการบำบัดพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, Cohen's d = 4.11) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะของ FAST Model ที่เน้นการสร้างเครือข่ายและความสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเข้มข้น

การรับรู้การสนับสนุนจากทีมแพทย์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับการบำบัดใน FAST Model รับรู้ถึงการสนับสนุนจากแพทย์ได้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการเพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.08 (Cohen's d = 4.61) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม Matrix Program ที่เพิ่มขึ้นจาก 2.04 เป็น 2.74 (Cohen's d = 2.88) ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงลักษณะของ FAST Model ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการติดตามอย่างใกล้ชิดจากทีมแพทย์

การรับรู้การสนับสนุนจากพยาบาล

การสนับสนุนจากพยาบาลเป็นอีกด้านที่แสดงความแตกต่างที่ชัดเจน โดยกลุ่ม FAST Model มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.50 เป็น 4.50 คะแนน (Cohen's d = 3.90) ขณะที่กลุ่ม Matrix Program เพิ่มขึ้นจาก 1.80 เป็น 3.10 คะแนน (Cohen's d = 2.50) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแสดงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.45$, $p < 0.001$, Cohen's d = 2.10)

การรับรู้การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกบำบัด

ด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกบำบัด กลุ่ม FAST Model มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.60 คะแนน (Cohen's d = 4.12) เทียบกับกลุ่ม Matrix Program ที่เพิ่มขึ้นจาก 1.70 เป็น 3.20 คะแนน (Cohen's d = 2.69) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.20$, $p < 0.001$, Cohen's d = 2.35)

การมีส่วนร่วมในการบำบัด

FAST Model แสดงประสิทธิภาพที่เหนือกว่าในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการบำบัด โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.08 (Cohen's d = 4.61) เทียบกับกลุ่ม Matrix Program ที่เพิ่มขึ้นจาก 2.04 เป็น 2.74 (Cohen's d = 2.88) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังการบำบัดมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, Cohen's d = 4.42)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการประเมินความพึงพอใจแสดงให้เห็นว่าทั้งสองโปรแกรมมีความพึงพอใจในระดับสูงโดยรวม ในด้านความพึงพอใจต่อการดูแล คุณภาพบริการ และระยะเวลาในการบำบัด ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ในด้านผลการรักษา กลุ่ม FAST Model มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่ม Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.68±0.33 เทียบกับ 4.18±0.38, $p = 0.002$, Cohen's d = 1.33)

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเสริมสร้างความเข้าใจในความแตกต่างของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่ม FAST Model รายงานว่าได้รับการสนับสนุนที่ต่อเนื่องและเข้าใจความต้องการเฉพาะบุคคล มีการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างเครือข่ายสังคมใหม่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่ม Matrix Program แม้จะได้รับการสนับสนุนในระดับหนึ่ง แต่ยังคงรู้สึกขาดความเข้าใจจากบุคคลรอบข้างในบางมิติ และมีความต้องการให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างที่น่าสนใจในประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทั้งสองรูปแบบต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำ โดย FAST Model ไม่มีผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำเลยในช่วง 3 เดือนแรก (0.0%) เมื่อเทียบกับ Matrix Program ที่มีผู้กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 30 แม้ว่าความ

แตกต่างนี้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.21) เนื่องจากข้อจำกัดของขนาดกลุ่มตัวอย่าง แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริพร พรมทอง [12] ที่พบว่า FAST Model มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในระยะ 3 เดือนแรกได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ อังกูร ภัทรากร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ [13] ที่พบว่าการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ FAST Model ให้ผลการบำบัดที่ดีกว่าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และเต็มใจในการฟื้นฟูตัวเอง

ความเหนือกว่าของ FAST Model น่าจะเกิดจากการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ กิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (Family) กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment Activity) กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self Help) และกระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ซึ่งสร้างการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมากกว่า Matrix Program ที่เน้นการให้องค์ความรู้ (Cognitive Domain) ผ่านกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นหลัก งานวิจัยของ National Institute on Drug Abuse (NIDA) พบว่า Cognitive Behavioral Therapy ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของ Matrix Model สามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้ร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดอื่น[14, 15] อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของ Matrix Model ขึ้นอยู่กับการนำไปปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันการกลับไปเสพซ้ำที่ครอบคลุมทุกกิจกรรม

ผลการศึกษายังพบว่าปัจจัยที่มีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำใน FAST Model ได้แก่ การลดระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.01) และการไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระหว่างการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention) ของ Marlatt และ Gordon[16] ที่เน้นการจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงสูง และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้ระบุว่าระบุว่าการจัดการกับอุปสรรคเหล่านี้ผ่านการบำบัดและการสนับสนุนที่เป็นเป้าหมายสามารถลดความเสี่ยงของการกลับไปเสพซ้ำได้ในช่วงวิกฤตนี้ ในขณะที่ Matrix Program กลับพบการเพิ่มขึ้นของความเครียดและพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างการบำบัด ซึ่งตรงกันข้ามกับ วรากร ทองประเสริฐ[17] ที่พบว่าMatrix Program มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับณัฐธิดา วัฒนกุล [18] ที่พบว่าการใช้ชุมชนบำบัดในโรงพยาบาลขนาดเล็กสามารถลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูได้อย่างมีนัยสำคัญ

Matrix Model ได้รับการยอมรับจาก National Institute on Drug Abuse และ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism ว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับการติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์ โดยเป็นโปรแกรมการบำบัดแบบมีโครงสร้าง หลายองค์ประกอบที่ประกอบด้วยการปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การบำบัดครอบครัว การบำบัดกลุ่ม การให้ความรู้ทางจิตสังคม และการช่วยเหลือตนเอง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลเชิงคุณภาพของการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำในกลุ่ม Matrix Program ทุกคนมีประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างการบำบัด ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างการจัดการอารมณ์และความสำเร็จของการบำบัด และสอดคล้องกับ จุฑารัตน์ อินทร์แก้ว[19] ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำได้แก่ อายุที่เริ่มใช้ยา ประวัติการใช้ยาเป็นระยะเวลานาน และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงการศึกษาของ สุพัตรา วรรณมาศ [20] ที่เน้นบทบาทของแพทย์ในกระบวนการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน

2.ผลกระทบของทั้งสองโปรแกรม

1) ด้านระดับความเครียด และพฤติกรรมก้าวร้าว

ผลการศึกษาที่พบว่า FAST Model สามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ Matrix Program มีความเครียดสูงขึ้นระหว่างการ

บำบัด สะท้อนถึงความแตกต่างของแนวทางการบำบัดที่มีผลต่อการจัดการความเครียด ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการทางจิตวิทยาที่ชี้ว่า โปรแกรมที่เน้นกระบวนการปรับตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป และมีการออกแบบกิจกรรมเชิงบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้เข้ารับการบำบัด เช่น FAST Model อาจมีประสิทธิภาพสูงกว่าในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนด้านพฤติกรรมและอารมณ์อย่างกรณีของผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งมักมีความเครียดสะสมและกลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่สมดุล นอกจากนี้ในด้านการตีความเชิงทฤษฎี ผลของ FAST Model อาจสอดคล้องกับแนวคิดของ Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) ซึ่งเน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อควบคุมความเครียด ในขณะที่ Matrix Program แม้จะมีโครงสร้างชัดเจนและครอบคลุมหลายมิติ แต่ในระยะเวลาการศึกษานี้อาจยังไม่เพียงพอที่จะเห็นผลอย่างเด่นชัดในเรื่องการลดระดับความเครียด[21, 22]

การที่ FAST Model ไม่มีผู้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเลย ขณะที่ Matrix Program มีผู้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 ระหว่างการบำบัด สะท้อนถึงความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมการบำบัดที่เอื้อต่อการจัดการอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ของ Marlatt และ Gordon[16] ที่เน้นการจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงสูง รวมถึงจุฑารัตน์ อินทร์แก้ว [19] สนับสนุนผลการศึกษานี้โดยพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ลักษณะของ FAST Model ที่เน้นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้เลิกยาเสพติดมาอยู่รวมกัน เพื่อให้การช่วยเหลือกัน พัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกความรับผิดชอบ การรู้จักตนเอง และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม [22] จึงช่วยลดความขัดแย้งและความตึงเครียดที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวได้

2) ด้านทัศนคติต่อการบำบัด และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาที่พบว่า FAST Model สามารถปรับปรุงทัศนคติต่อการบำบัดได้ดีกว่า Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความสำคัญของการสร้างประสบการณ์เชิงบวกในกระบวนการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ที่เป็นรากฐานของ FAST Model ในการปรับความคิดและพฤติกรรมควบคู่กัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดเรื้อรังและติดสารเสพติด[23] การที่ FAST Model มีขนาดผลที่ใหญ่มาก (Cohen's d = 4.61) เมื่อเทียบกับ Matrix Program (Cohen's d = 2.88) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบองค์รวมที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบำบัด งานวิจัยของ สมชาย สมบูรณ์[24] สนับสนุนผลการศึกษานี้โดยพบว่าโปรแกรมบำบัดจิตเวชที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพจิตและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษา

ในด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาที่พบว่า FAST Model มีประสิทธิภาพเหนือกว่าในทุกมิติ ทั้งจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน และทีมแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนา พูลสวัสดิ์ และบุญมา คงคาน้อย [25] ที่พบว่าการพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น การที่ FAST Model เน้นการสร้างความสัมพันธ์แบบองค์รวมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมบำบัด และชุมชน ผ่านกิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (Family) และกระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) [23] จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนทางสังคมได้ดีกว่า Matrix Program ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และการบำบัดกลุ่มเป็นหลัก การศึกษาของ ธีรพงษ์ ปานเจริญ และคณะ [26] สนับสนุนผลการศึกษานี้โดยพบว่าโปรแกรมครอบครัวบำบัดช่วยลดอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ด้านการมีส่วนร่วมในการบำบัดและความพึงพอใจของผู้ป่วย

การที่ FAST Model สามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการบำบัดได้ดีกว่า Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จินตนา สาระ[27] ที่พบว่าการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในโปรแกรมบำบัดมีผลเชิงบวกต่อความสำเร็จของการรักษา และสอดคล้องกับ สุภาพร ประเสริฐศิลป์ [28] ที่พบว่าการตัดสินใจร่วมกันและบทบาทผู้นำที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการบำบัดมากขึ้น หลักการสำคัญของ FAST Model ที่ยึดหลักการ 4 ประการ คือ บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ กิจกรรมกลุ่มก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แต่ละคนต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีโครงสร้างที่เหมาะสมสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้ [23] จึงช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย แม้ว่าทั้งสองโปรแกรมจะมีความพึงพอใจในระดับสูงโดยรวม แต่ FAST Model มีคะแนนความพึงพอใจต่อผลการรักษาสูงกว่า Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการบำบัดที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของ สมยศ ตันเจริญ [29] ที่พบว่าการบริหารจัดการทีมแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การที่ FAST Model สามารถสร้างการรับรู้การสนับสนุนจากทีมแพทย์และพยาบาลได้ดีกว่า Matrix Program แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างการบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์แบบองค์รวมช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับทีมบำบัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบำบัดในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร การศึกษาของ สุพัตรา วงษ์ชัย[30] พบว่าการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสังคมช่วยเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมและลดการกลับไปใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำจากข้อมูลเชิงคุณภาพ (กรณีสัมภาษณ์)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้ารับการบำบัดทั้งสองกลุ่ม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำมีความหลากหลายและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยกลุ่ม Matrix Program สะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความเปราะบางทางอารมณ์และการกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมที่เอื้อต่อการใช้ยา ขณะที่กลุ่ม FAST Model แม้จะยังคงมีอุปสรรคด้านความเครียดและความกลัวการกลับไปเสพซ้ำ แต่สามารถรับการสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่บำบัดและการฝึกทักษะชีวิตที่ช่วยสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการฟื้นฟู ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Maslow ที่เน้นความต้องการด้านความปลอดภัยและความเป็นเจ้าของ รวมถึงทฤษฎีพฤติกรรมเสพติดของ Bandura เกี่ยวกับบทบาทของปัจจัยสิ่งแวดล้อมและการเสริมแรงทางสังคม

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพนี้สนับสนุนแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ที่เป็นรากฐานของ FAST Model ในการปรับความคิดและพฤติกรรมควบคู่กัน [31] และสอดคล้องกับทฤษฎี Stress Appraisal and Coping ของ Folkman[32] ที่ชี้ว่าโปรแกรมบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความเครียดอย่างเหมาะสมจะสามารถลดระดับความเครียดในระยะยาวได้ ในทางตรงกันข้าม Matrix Program แสดงถึงความไม่เสถียรของการจัดการกับความเครียด ซึ่งอาจสะท้อนถึงลักษณะของโปรแกรมที่เน้นความเข้าใจในโครงสร้างการเสพติดแต่ไม่ลงลึกในการฝึกฝนวิธีจัดการกับอารมณ์เชิงลบอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่าการเลือกใช้โปรแกรมบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของสถานพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการลดการกลับไปเสพซ้ำ โดยเฉพาะใน FAST Model ที่มีโครงสร้างการบำบัด

ชัดเจนอิงจากแนวคิด CBT และสามารถดำเนินการภายใต้เวลาที่จำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า Matrix Program

ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ขยายผลและศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกันโดยเน้นการปรับใช้ตามความต้องการเฉพาะถิ่นและบริบทของชุมชนนั้น ๆ

2. ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เหมาะสมกับประเภทของยาเสพติดที่ผู้เสพใช้ เช่น ยาประเภท opioid, ยากลุ่มกระตุ้น (stimulants), หรือสารเสพติดประเภทอื่นๆ เพราะแต่ละประเภทอาจต้องใช้วิธีกา

3.ศึกษาผลระยะยาวและติดตามอย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามผลการบำบัดและฟื้นฟูในระยะยาวอย่างน้อย 6–12 เดือนขึ้นไป เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโปรแกรมในระยะยาว

4.ควรมีการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะในการจัดการความเครียดและการควบคุมอารมณ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายในชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดการบำบัดที่แตกต่างกันไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทีมเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษาและกราบขอบพระคุณคณาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้มอบความรู้และคำแนะนำอันทรงคุณค่าในการดำเนินการศึกษาวิจัย และให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. UNODC World Drug Report Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets [Internet] United Nations: Office on Drugs and Crime; 2024 [cited 2025 Jun 10]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html.
2. อับดุลคอลิก อัรรอฮีมีย์, สวัสดิ์ ไหลภาภรณ์, จิรัชยา เจียวก๊ก, ฐานิดาภัทฐ์ แสงทอง. ; (2564).รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในศูนย์บำบัดบ้านแสนสุข และสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน. กรุงเทพ: สนับสนุนโดยศูนย์ศึกษาปัญหายาเสพติด (ศศก.).
3. Americanaddictioncenters. Relapse Prevention Strategies and Techniques for Addiction 2025 [cited 2025 January 1]. Available from: https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/aftercare/relapse-prevention.
4. สุรีย์รัตน์ ยอดเทพ. (2565) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาลจังหวัดบึงกาฬ [cited 10 มกราคม 2568]. 1-20]. Available from: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20241018105909.pdf.
5. เสาวลักษณ์ ทูลธรรม. ประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด กรณีศึกษา พื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ปทุมธานี: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564.
6. นริศรา งามขจรวิวัฒน์, สุนทรพจน์ ชูช่วย, สุพิศพร แก้วชื่น. การประเมิน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2563. ปัตตานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตาน 2563.

7. กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2562;16(1):23-33.
8. อภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์, มัณฑนา เหมชะญาติ, สดับพินท์ พสุหิรัณย์, ณัจยา เกียรติเกษม, สมจิต ยาใจ, ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทัพย์. การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระยะยาว จังหวัดจันทบุรี: Chan THARAK System. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2568;7(1):1-16.
9. Farhad H, Abolghasemi S, Hamzehpoor Haghighi T. The effectiveness of matrix therapy in resilience and relapse of amphetamine addicts. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies 2024;5:111-6. doi:10.61838/kman.jayps.5.1.13.
10. Kaewkham N, Leelahanaj T, Yingwiwattanapong J, Rattanasumawong W. The effectiveness of military hospital-based drug treatment program (PMK) when compared with the traditional community-based drug treatment program (FAST). BMC Health Services Research 2019;19. doi:10.1186/s12913-019-4479-1.
11. Patarakorn A. FAST Model: The evolution of rehabilitation for substance abuse treatment in Thailand. Thai Journal of Addiction 2014;2(2):25-34.
12. สิริพร พรมทอง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ FAST Model ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;31(2):123-35.
13. อังกูร ภัทรากร, นันทา ชัยพิชิตพันธ์. เปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2566;60(1):71-81.
14. Wagener D. Matrix model of addiction treatment 2024 [cited 2025 February10]. Available from: https://rehabs.com/treatment/outpatient/matrix-model/.
15. Valley Spring Editorial Team. Matrix model: definition, how it works and effectiveness in addiction treatment [cited 2025 January 1].
16. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors: Guilford press; 2005.
17. วรากร ทองประเสริฐ. ประสิทธิผลของ Matrix Program ต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารวิจัยและพัฒนา 2562;14(3):45-57.
18. ณัฐธิดา วัฒนกุล. การใช้ชุมชนบำบัดในโรงพยาบาลขนาดเล็ก: ผลกระทบต่อการลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช 2564;29(1):33-47.
19. จุฑารัตน์ อินทร์แก้ว. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติดในสถานฟื้นฟูจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2563;28(1):67-79.
20. สุพัตรา วรรณมาศ. บทบาทของแพทย์ในกระบวนการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2562;18(2):123-34.
21. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัท ดี น่าดู มีเดีย พลัส จำกัด; 2564.
22. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ (Long Term Residential Care). ขอนแก่น: บริษัท เคทีทีเอ็กซ์ จำกัด; 2566.
23. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด และ FAST MODEL. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2558.
24. สมชาย สมบูรณ์. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดจิตเวชที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารจิตเวชศาสตร์ชุมชน 2563;12(2):45-58.

25. รัตนา พูลสวัสดิ์, บุญมา คงคาน้อย. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(1):33–47.
26. ธีรพงษ์ ปานเจริญ, สุชาดา กลิ่นหอม, ศิริพร ดำรงชัย. ประสิทธิผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562;33(2):45-58.
27. จินตนา สาระ. การเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในโปรแกรมบำบัดและผลต่อความสำเร็จของการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพชุมชน 2564;15(3):77-89.
28. สุภาพร ประเสริฐศิลป์. ผลของการตัดสินใจร่วมกันและบทบาทผู้นำต่อการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในโปรแกรมบำบัด. วารสารพัฒนาการสุขภาพ 2562;18(1):32-44.
29. สมยศ ตันเจริญ. การบริหารจัดการทีมแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน: ผลต่อการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. วารสารการแพทย์ชุมชน 2564;12(1):45-56.
30. สุพัตรา วงษ์ชัย. การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสังคมในโรงพยาบาลชุมชน. วารสาร วิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2565;15(2):45–62.
31. Beck JS. Cognitive-behavioral therapy. Clinical textbook of addictive disorders 2011;491:474-501.
32. Folkman S. Stress: appraisal and coping. Encyclopedia of behavioral medicine: Springer; 2013. p. 1913-5.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.2 April - June 2025

Part II

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL10 NO.2 April - June 2025
Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา 2 ราย 263
ธิดาวัลย์ ทาพรมมา

การผลิตถ่านอัดแท่งจากเปลือกทุเรียนและถ่านใบหูกวาง 272
ประยุกต์ เดชสุทธิกร ,นพธีรา เพิ่มพูล ,ทักษิณา แซ่ตั้น และสิรินยา ผลสงเคราะห์

พัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU COMMUNITY) โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการ PAR จังหวัดกาญจนบุรี 280
ชัยยุทธ เจติยานุวัตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา 290
สรัญธร ทองวิเศษ

ส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานราก และความสุขมวลรวมชุมชน 299
พรนภา เตียสุธิกุล ,ชนัญชิตา อรุณแข

การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น 309
พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 317
อนุชา ริยะบุตร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น 322
นิ่มนวล อิ้งชัยภูมิ ,จุฬาภรณ์ โสตะ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดโดยการเสริมพลังอำนาจ และการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 330
สายรุ้ง แซ่อึ้ง

การพยาบาลผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดและหัวใจหยุดเต้น : กรณีศึกษาและการจัดการในภาวะฉุกเฉิน 338
แก้วจุฬา กลิ่นเอี่ยม

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 349
สุกัญญา เริ่มรักษ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 357
พงศ์อนันต์ จันดารัตน์

การประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น 364
นิธิมา ศรีแก้ว ,เตือนใจ ภูสระแก้ว

การศึกษาภาวะโพแทสเซียมต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 370
กุลกันยา ลิมปกรณ์กุล

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 378
ประภัสสร สายมะณี

ผลของการใช้ตำรับพลับพลึงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรัง 385
สันต์ฤทัย เสงี่ยมศักดิ์ ,ชนิตา เวชพานิช ,วิชญาดา รักกสิกร

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองตามหลักการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 392
กาญจนา ศรีเชียงหา

ผลการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคโดยระบบพี่เลี้ยงที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 399
พัชรีพร ชินฤทธิ์

ผลของการพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดปราจีนบุรี 405
ผ่องศรี รำจวน ,อัญชลี มงกุฎทอง ,นงลักษณ์ สุขเอี่ยม

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.1 April - June 2025
Part 2

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 416
ทนงศักดิ์ ราชเจริญ

ผลของการเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 427
กิตติมา เทพรังศิริกุล

การศึกษาข้อมูลวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 436
ชฎาพร แซ่ม้า ,สุวศิน พลนรัตน์ ,ดวงนภา แดนบุญจันทร์ ,นวรัตน์ วิริยะเขษม ,ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน พื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก 448
ทับทิม ปัตตะพงศ์ ,สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์ ,สมตระกูล ราศิริ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ 460
ประเสริฐ เหล่าบุศณ์อนันต์ ,สุวารีย์ ศรีปุณะ ,ปัญญา หมั่นเก็บ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. 471
โสภา ถวิล ,ระพีภรณ์ ใจมั่น

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ 481
วิภาวรรณ ปวงขจร ,อมรพันธุ์ สมร ,หัสยาพร อินทยศ

ผลของการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลลำปาง 491
ธีรินทร์ เกตุวิชิต ,นิธิศ ใจปลา ,สุกฤษฎิ์ พิไสย

นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร 499
สิริลักษณ์ ซื่อสัตย์ ,วงค์ชญพจณ์ พรหมศิลา ,กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ

ผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง 509
ปริญญา กองกาย

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลหนองคาย 517
จันทร์พร ไกรยราช ,ปนัดดา บุญสาลี ,คุนัญญา คุณละ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคล ของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง 528
ดนิตา เพ็ชรวิจิตร ,ทัศนีย์ สุนทร ,ปรัชพร กลีบประทุม

การพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 536
บุษยมาศ พรหมศิลา ,ชญาภา แสนหลวง ,เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

การพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 546
อุไรวรรณ วงศ์สวัสดิ์ ,อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ ,เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

การประยุกต์ใช้การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพตามแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดแบบมีส่วนร่วม 557
ดรัสพงศ์ สุวรรณพันธ์ ,โชติ บดีรัฐ ,ศรชัย ท้าวมิตร

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 568
ณัฐวรรณ ปานดำ ,จันทร์จารี เกตุมาโร

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 575
พชรพร สุนทรเต็ม ,จันทร์จารี เกตุมาโร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย 583
วิระพร กาฬหว้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด 592
ไพริน ศิริพันธ์ ,ปริชาติ แก้วไชย

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 38 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ โปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอก โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติด โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรค การบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน การให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ โปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลัก 4S4C โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โปรแกรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing elderly pulmonary tuberculosis patients : 2 case studies.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

ธิดาวัลย์ ทาพรมมา[1]
Thidawan Thapromma[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ ตั้งแต่แรกรับจนถึงวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องและใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคในผู้สูงอายุ นำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรควัณโรคปอดในผู้สูงอายุ จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย วันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียนใช้การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยสูงอายุ 70 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานเมื่อ 12 ปีที่มีไข้ต่ำๆช่วงเย็น ไอเรื้อรังมีเสมหะสีเหลืองปนเลือดประมาณ 2 เดือน อ่อนเพลีย เบื่ออาหารน้ำหนักลด 5 กิโลกรัมมีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรามา 30 ปีผลตรวจ AFB positive 2+ แรกรับแพทย์วินิจฉัย Pulmonary tuberculosis ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 78 ปี มีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะสีขาวขุ่นประมาณ 2 สัปดาห์ เหนื่อยหอบอ่อนเพลีย มีไข้ต่ำๆตอนเย็น เบื่ออาหารน้ำหนักลด 2 กิโลกรัม ผลตรวจ AFB positive 1+ แรกรับแพทย์วินิจฉัย Pulmonary tuberculosis ให้การรักษาสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ที่เชื้อไวต่อยา (new patient regimen with drug susceptible)ด้วยสูตรยา 2IRZE/4IR คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน กำกับการรับประทานยา (DOT) เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผลการรักษาให้ยาครบ 6 เดือน ตรวจเสมหะ Sputum AFB 2 ตลับผลตรวจ Negative แพทย์พิจารณาว่าการรักษาวัณโรคได้รับความสำเร็จ

คำสำคัญ: โรควัณโรคปอดในผู้สูงอายุ การพยาบาล

Abstract

This study was comparative study of 2 cases aimed to study and compare nursing care for elderly pulmonary tuberculosis patients from the beginning of admission to discharge planning and referral for continuous care and use as a guideline for nursing care for elderly tuberculosis patients, to develop the quality of nursing care to be more efficient. This case study was a comparison of 2 elderly pulmonary tuberculosis patients. The first case study patient who came to receive services at Pho Chai Hospital on November 21, 2024, and the second case study patient on November 25, 2024. Data were collected using interviews, observations, and medical records. The assessment of patients' health status according to Gordon's 11 health models was used to determine nursing diagnoses and Orem's self-care theory in nursing.

Main findings : The first case study patient was a 70-year-old Thai man who had been suffering from diabetes for 12 years and had a low-grade fever in the evening. Chronic cough with yellow sputum mixed with blood for about 2 months, fatigue, loss of appetite, weight loss of 5 kg, history of smoking and drinking for 30 years, AFB test result positive 2+, initially diagnosed with Pulmonary tuberculosis. Case study patient 2, a 78-year-old Thai woman, presented with chronic cough with white sputum for about 2 weeks, shortness of breath, fatigue, low-grade fever in the evening, loss of appetite, weight loss of 2 kg. AFB test result positive 1+, initially diagnosed with Pulmonary tuberculosis, given a new patient regimen with drug susceptible with the 2IRZE/4IR drug formula,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลโพธิ์ชัย E-mail; Thidawangogo@gmail.com

screened household contacts, supervised drug intake (DOT), monitored for adverse drug reactions. Treatment results: Completed medication for 6 months, sputum AFB test 2 cartridges, negative test results, the doctor considered that the tuberculosis treatment was successful.

Keywords: elderly pulmonary tuberculosis, Nursing

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex ส่วนใหญ่พบเชื้อวัณโรคที่ปอดมากที่สุดร้อยละ 80 สามารถแพร่เชื้อได้ง่าย เชื้อวัณโรคอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท และพบกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสจะป่วยเป็นวัณโรคประกอบด้วย กลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยร่วมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยไตเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ ติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ต้องขัง และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกและจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีการตรวจพบเชื้อวัณโรคมากที่สุดในภูมิภาคเอเชีย จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2567 โดยองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวนกว่า 10.8 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค ประมาณ 1.3 ล้านราย ส่วนประเทศไทยในปี 2567 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 113,000 ราย และเสียชีวิตจากวัณโรคกว่า 13,000 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 35 ราย โดยพบกลุ่มเสี่ยงเสียชีวิตคือ ผู้สูงอายุ,BMI < 18,มีภาวะซีด,มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ไตเรื้อรัง มะเร็ง เป็นต้น ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยเช่นกัน[1]

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) ขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกโดยขับเคลื่อนนโยบายผ่านแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านวัณโรค (Service Plan)[2] ด้วยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสูง การวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันการเกิดวัณโรคอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตั้งเป้าลดอัตราการตายจากวัณโรคลงร้อยละ 95 และลดผู้ป่วยรายใหม่ลงร้อยละ 90 ภายในปี 2578 แผนแม่บทและแผนปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทยเป็นแนวทางหลักในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ได้ใช้กลยุทธ์การรักษาวัณโรค โดยใช้ระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงหรือแบบมีพี่เลี้ยง (DOT : Directly Observed Treatment) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเป็นวิธีการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบตามแผนการรักษา ซึ่งปัญหาที่พบของผู้ป่วยวัณโรคคือ การกินยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรักษา ต้องใช้ยาหลายขนานและโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาได้บ่อย ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาต่ำ และยังส่งผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม ประกอบกับผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จะมีฐานะทางครอบครัวที่ยากจน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองด้อยโอกาส ถูกรังเกียจจากบุคคลทั่วไป จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาและดูแลจนหายขาด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค การให้คำปรึกษา การติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลการรับประทานยา และลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การดูแลด้านโภชนาการและการสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงครอบครัวและชุมชน

โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F 2 เปิดคลินิกวัณโรค ทุกวันจันทร์ ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) โดยทีมสหวิชาชีพทางด้านการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิค

การแพทย์ นักโภชนาการ เป็นต้น ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานแนวที่ 1 อย่างน้อย 6 เดือน สถานที่ในการให้บริการคลินิกวัณโรคแยกส่วนจากการให้บริการของผู้ป่วยอื่นๆ อย่างชัดเจนผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และกินยาต้านเชื้อวัณโรค 2 สัปดาห์ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐาน จากสถิติผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 45,56 และ 41 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ตรวจเสมหะพบเชื้อ จำนวน 38,53 และ 34 รายตามลำดับ ด้านผลการดำเนินงานปี 2565 - 2567 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 93.33, 92.85 และ 90.24 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) ร้อยละ 6.66, 7.14 และ 12.19 ตามลำดับ อัตราการขาดยา (เกณฑ์กำหนดต้องไม่มีการขาดยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค) ร้อยละ 0, 0 และ 0 ตามลำดับ[3]

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุโดยค้นหาปัญหาที่คุกคามผู้ป่วย เพื่อกำหนดปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยตลอดจนวางแผนจำหน่ายเพื่อลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่องป้องกันการเกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรคปอดและการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้น จึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุเป็นรายกรณีเปรียบเทียบกันสองราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความแตกต่างในเรื่อง เพศ อายุ ลักษณะภาวะสุขภาพเพื่อนำมาวิเคราะห์พัฒนาแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรควัณโรคปอดในผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ ตั้งแต่แรกรับจนถึงวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคในผู้สูงอายุ นำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษารายกรณีนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ระหว่าง วันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 – 19 พฤษภาคม 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 – 19 พฤษภาคม 2568

ขั้นตอนการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบ

แผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุป่วยเป็นวัณโรคปอด มีโรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2 รับการรักษามา 12 ปี ไอเรื้อรัง 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุป่วยเป็นวัณโรคปอด มีอาการไอเรื้อรัง 2 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	70 ปี	78 ปี
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อ 12 ปีที่แล้ว	ปฏิเสธโรคประจำตัวและการผ่าตัด
ประวัติการแพ้ยา/สารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา/แพ้อาหาร/อาหารทะเลสูบบุหรี่วันละ 10 มวนเป็นเวลานาน 40 ปีดื่มสุราเป็นเวลานาน 30 ปี	ปฏิเสธการแพ้ยา/แพ้อาหาร/อาหารทะเล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน/อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	12 ปีที่แล้วแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2 เดือนที่แล้วมีอาการไอมีเสมหะสีเหลืองข้นไข้ต่ำๆในช่วงเย็น 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูง ไอมีเสมหะบางครั้งมีเลือดปนเจ็บหน้าอกข้างขวาเวลาไอมีเหงื่อออกกลางคืน เบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยอ่อนเพลียมาก น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัม ญาติจึงพามาโรงพยาบาล	2 สัปดาห์ที่แล้วมีไข้ต่ำๆ ในช่วงตอนเย็น ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น เบื่ออาหาร 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอมีเสมหะขาวขุ่นเจ็บหน้าอกข้างขวาเวลาไอหายใจเหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง 2 กิโลกรัม ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
ผลการตรวจร่างกาย	อุณหภูมิ 39.4 °C ชีพจร 136 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/65 mmHg O2 sat 92 % DTX 200 mg% ฟังปอด Crepitation Rt upper both lung	อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/65 mmHg O2 sat 90 % DTX 101 mg% ฟังปอด Crepitation Rt upper both lung
ผลการ Chest X-ray		

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจเสมหะ	Sputum AFB stain ผล AFB Positive 2+ RT-PCR for TB : ผล MTB detected	Sputum AFB stain ผล AFB Positive 1+ RT-PCR for TB : ผล MTB detected
การวินิจฉัยโรค	Pulmonary Tuberculosis (TB)	Pulmonary Tuberculosis (TB)

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุมาด้วยอาการสำคัญเหมือนกัน คือ ไอเรื้อรังมีเสมหะนานเกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ต่ำๆตอนเย็น เบื่ออาหารน้ำหนักตัวลดลง และฟังปอดพบเสียงปอดมี Crepitation Right upper both lung ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาไอ มีผลการตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมสีทนกรด AFB positive 2+ และ 1+ ผลการตรวจเสมหะทางอณูวิทยาพบเชื้อวัณโรค ไม่พบ gene ที่ดื้อยา rifampicin ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบโพรงในปอด (cavitation) และปื้นขาวแบบ reticulonodular infiltration ที่บริเวณกลีบปอดบนทั้งสองข้าง จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและมีปัจจัยสูบบุหรี่และดื่มสุรา ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคถึง 3 เท่า[4]ส่งผลให้การทำงานของเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันตอบสนองต่อเชื้อวัณโรคลดลง ส่วนการดื่มสุราและสูบบุหรี่พบว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้ภูมิต้านทานในร่างกายลดลงติดเชื้อวัณโรคได้ง่ายขึ้น

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[5]

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโรคประจำตัวอยู่แล้วคือเบาหวานรับยาต่อเนื่องและไม่ขาดยาแต่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเจ็บป่วยครั้งนี้แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรควัณโรคปอดและต้องรักษาต่อเนื่อง 6 เดือนและต้องงดดื่มสุรา ผู้ป่วยยังไม่ทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการปฏิบัติตัว	ผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง ครั้งนี้มีอาการไอเรื้อรัง ไข้ต่ำๆ น้ำหนักตัวลดลง 2 กิโลกรัมจึงตัดสินใจมาตรวจที่โรงพยาบาลผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองสงสัยป่วยเป็นวัณโรค เมื่อแพทย์บอกว่าป่วยเป็นโรควัณโรคปอดรู้สึกตกใจเนื่องจากยังไม่ทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการปฏิบัติตัว
แบบแผนสุขภาพที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ผู้ป่วยรับประทานอาหาร 3 มื้อ ชอบข้าวเหนียวอาหารพื้นบ้าน ดื่มสุราเป็นประจำ ชอบอาหารรสหวานมีปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดช่วงที่มีอาการเบื่ออาหาร ไอเรื้อรัง น้ำหนักตัวลดลง 5 กิโลกรัม น้ำหนัก 55 กิโลกรัมส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 23.875	ผู้ป่วยรับประทานอาหาร 3 มื้อ ชอบข้าวเหนียวอาหารพื้นบ้านเช่น ปลา ลวกผัก น้ำพริก มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดช่วงที่มีอาการเบื่ออาหาร ไอเรื้อรัง น้ำหนักตัวลดลง 2 กิโลกรัม น้ำหนัก 55 กิโลกรัมส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI 22.893
แบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระตอนเช้าวันละครั้งท้องไม่ผูก ปัสสาวะปกติ	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระตอนเช้าวันละครั้ง ปัสสาวะปกติ
แบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองสามารถปลูกผักสวนครัว หาปลา ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ขณะเจ็บป่วยรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลียแต่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้บางด้วยตนเอง	ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเช่นทำงานบ้าน ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ขณะเจ็บป่วยรู้สึกเหนื่อยหอบอ่อนเพลียแต่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้บางด้วยตนเอง
แบบแผนสุขภาพที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีวันละ 6 ชั่วโมงชอบตื่นมาปัสสาวะกลางคืน นอนกลางวันหลังรับประทาน	ผู้ป่วยนอนหลับไม่สนิทวันละ 6-7 ชั่วโมงชอบตื่นมาปัสสาวะกลางคืน นอนกลางวันหลังรับประทาน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[5]

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	อาหาร 1 ชั่วโมงช่วงป่วยมีอาการไอบ่อย นอนไม่ค่อยหลับ ไม่มีประวัติใช้ยานอนหลับ	อาหาร 1 ชั่วโมงช่วงป่วยมีอาการไอบ่อย นอนหลับได้เป็นพักๆ ไม่มีง่วงซึม ไม่มีประวัติใช้ยานอนหลับ
แบบแผนสุขภาพที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รู้วันเวลาสถานที่ มองเห็น รับรส ได้กลิ่นปกติ ขณะให้ข้อมูลตั้งใจฟังเข้าใจรับรู้ความเจ็บป่วยของตัวเอง การตัดสินใจบางเรื่องต้องปรึกษาบุตรสาวเพราะเป็นผู้ดูแล	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รู้วันเวลาสถานที่ มองเห็น รับรส ได้กลิ่นปกติ ขณะให้ข้อมูลตั้งใจฟังเข้าใจรับรู้ความเจ็บป่วยของตัวเอง การตัดสินใจบางเรื่องต้องปรึกษาบุตรสาวเพราะเป็นผู้ดูแล
แบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	มีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยเพราะติดเชื้อวัณโรคกลัวเอาเชื้อไปติดลูกหลานกลัวว่าจะรักษาไม่หายเพราะเป็นโรคเบาหวานด้วย กลัวว่าสังคมจะรังเกียจ	มีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยเพราะติดเชื้อวัณโรคกลัวเอาเชื้อไปติดลูกหลานกลัวว่าจะรักษาไม่หายเพราะอายุมากแล้ว กลัวว่าสังคมจะรังเกียจ
แบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยแสดงบทบาทต่อผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อนบ้านปกติดี	ผู้ป่วยแสดงบทบาทต่อผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อนบ้านปกติดี
แบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 1 คน ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	สถานภาพสมรสอาศัยอยู่กับสามีหมดประจำเดือนเมื่ออายุ 50 ปี บุตรสาวมีครอบครัวนานๆมาเยี่ยมที่ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
แบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยมีความเครียดจะไหว้พระสวดมนต์หรือคุยกับภรรยา การเจ็บป่วยครั้งนี้ยอมรับได้ให้ความร่วมมือในการรักษาแต่มีความวิตกกังวลกลัวจะติดต่อลูกหลาน กลัวโรคจะรุนแรงขึ้นเพราะเป็นเบาหวานและดื่มสุรา	ผู้ป่วยเมื่อมีความเครียดจะปรึกษาบุตรสาวหรือคุยกับเพื่อนบ้านการเจ็บป่วยครั้งนี้ยอมรับได้ให้ความร่วมมือในการรักษา
แบบแผนสุขภาพที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	มีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่เคยใช้ยาสมุนไพร นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาลต่างๆ	มีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน เคยใช้ยาสมุนไพร นับถือศาสนาพุทธชอบการทำพิธีกรรมต่างๆ ทำบุญตามเทศกาลต่างๆ

จากตารางที่ 2 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ได้นำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพเหมือนกัน มีจำนวน 5 แบบแผน (แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง,แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย,แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้,แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์,แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด) พยาบาลต้องมีการประเมินแบบแผนสุขภาพผู้ป่วยให้ครอบคลุมนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลให้เหมาะสมในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยจึงนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ 5 ข้อดังนี้ 1) เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB 2) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด 3) มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค 4) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค 5) ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเรื่องการรักษาโรค

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	ชายไทยอายุ 70 ปี ป่วยเป็นเบาหวานเมื่อ 12 ปีที่แล้วควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี มีอาการไอเรื้อรังมา 2 เดือน มีเสมหะสีเหลืองปนเลือด มีไข้ต่ำๆในช่วงเย็น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 5 กิโลกรัมแพทย์วินิจฉัยเป็น วัณโรคปอด มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวนเป็นเวลานานกว่า 40 ปี ดื่มสุราเป็นประจำ 30 ปี	หญิงไทยอายุ 78 ปี มีอาการไอเรื้อรังมา 2 สัปดาห์ มีเสมหะสีขาวขุ่น มีไข้ต่ำๆในช่วงเย็น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 2 กิโลกรัม เหนื่อยหอบอ่อนเพลีย แพทย์วินิจฉัยเป็น วัณโรคปอด	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อวัณโรคปอดได้ง่ายอันเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันร่างกายที่ต่ำลง ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคเบาหวานและดื่มสุราเรื้อรังมานาน 30 ปีมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่า 3 เท่า[4]
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	2 เดือนที่แล้วมีอาการไอมีเสมหะสีเหลืองข้น ไข้ต่ำๆในช่วงเย็น 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูง ไอมีเสมหะบางครั้งมีเลือดปนเจ็บหน้าอกข้างขวาเวลาไอ มีเหงื่อออกกลางคืน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยอ่อนเพลียมาก น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัม ญาติจึงพามาโรงพยาบาล ตรวจร่างกายพบอุณหภูมิ 39.4 ℃ ชีพจร 136 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/65 mmHg O2 sat 92 % DTX 200 mg% ฟังปอด Crepitation Rt upper both lung ผลการตรวจเสมหะ Sputum AFB stainผล AFB Positive 2+ RT-PCR for TB :ผล MTB detected	2 สัปดาห์ที่แล้วมีไข้ต่ำๆ ในช่วงตอนเย็น ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น เบื่ออาหาร 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอมีเสมหะขาวขุ่นเจ็บหน้าอกข้างขวาเวลาไอ หายใจเหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง 2 กิโลกรัม ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลตรวจร่างกายพบอุณหภูมิ 36.5 ℃ ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/65 mmHg O2 sat 90 % DTX 101 mg% ฟังปอด Crepitation Rt upper both lung ผลการตรวจเสมหะSputum AFB stain ผล AFB Positive 1+ RT-PCR for TB :ผล MTB detected	เชื้อวัณโรคติดต่อจากคนสู่คนโดยผ่านทางอากาศผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับเชื้อวัณโรคที่กระจายอยู่ในอากาศโดยการสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปสู่ร่างกายถ้าภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเช่น ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว (เบาหวาน) ดื่มสุราสูบบุหรี่ ยิ่งทำให้อาการของโรคกำเริบง่าย เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายเชื้อไปยังปอดกลีบบนทั้งซ้ายและขวาพบโพรงที่ปอด Cavity ฟังเสียงปอดจะพบ Crepitation ทำให้เกิดอาการไข้ต่ำๆ เจ็บหน้าอก เวลาไอ อ่อนเพลีย ไอเรื้อรังมีเสมหะ เหงื่อออกกลางคืน อ่อนเพลียไม่มีแรง รับประทานอาหารได้น้อยทำให้น้ำหนักตัวลดลง
3.การรักษา	ยาที่ได้รับสูตร 2 IRZE/4IR -Pyrazinamide 500mg 2X1 -Isoniazid 100mg 3X1 -Rifampicin 300mg 2X1 -Ethambutol 400mg 2X1 -ยาเบาหวาน	ยาที่ได้รับสูตร 2 IRZE/4IR -Pyrazinamide 500mg 2X1 -Isoniazid 100mg 3X1 -Rifampicin 300mg 2X1 -Ethambutol 400mg 2X1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการวางแผนรักษาใช้สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่(new patient regimen)[2]คือ 2IRZE/4IR ใช้ Isoniazid Rifampicin +Pyrazinamide+Ethambutol นาน 2 เดือนตามด้วย Isoniazid+ Rifampicin อีก 4 เดือน วางแผนระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา 6 เดือน
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB 2.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด	1.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB 2.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน เกิดภาวะการติดเชื้อที่ปอดจนมีอาการไข้ต่ำๆ ไอเรื้อรังมีเสมหะ เหนื่อยอ่อนเพลีย อยู่ในระยะการแพร่กระจายเชื้อ เป็น new TB ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	3.มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค 4.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค 5.ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเรื่องการรักษาโรค	3.มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค 4.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นวัณโรค 5.ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเรื่องการรักษาโรค	ในการปฏิบัติตัวเกิดความวิตกกังวล กลัวสังคมรังเกียจและนำเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น พยาบาลจึงได้วางแผนการพยาบาลระยะต่อเนื่องโดยใช้ D-METHOD เพื่อติดตามผลการทำงานของตับจากการใช้ยารักษาวัณโรค ปอด การแพร่กระจายเชื้อในชุมชน เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงทำให้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นชายไทยอายุ 70 ปี มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก วันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 ด้วยอาการไข้สูง ไอมีเสมหะสีเหลืองปนเลือด กินได้น้อยเบื่ออาหาร น้ำหนักลด 5 กิโลกรัม เหนื่อยอ่อนเพลียมาก เจ็บหน้าอกข้างขวาเวลาไอ เหงื่อออกตอนกลางคืน มีไข้ตอนเย็นทุกวัน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 เดือน ชอบดื่มสุราทุกวันและสูบบุหรี่วันละ 10 มวนมีประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 12 ปี ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยอายุ 78 ปีมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 มาด้วยอาการไข้ต่ำๆ ไอเรื้อรังมีเสมหะสีขาวขุ่น เหนื่อยหอบง่ายอ่อนเพลีย เบื่ออาหารน้ำหนักลด 2 กิโลกรัมเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อของวัณโรคว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงมากได้แก่ ผู้สูงอายุ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้ง่ายและรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง และสอดคล้องกับศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรคปอด ในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น[6] พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรค 7.41 เท่าของกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรค ส่วนปัจจัยที่มีผลทำให้การรักษาพยาบาลประสบความสำเร็จ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การศึกษานี้เป็นการพยาบาลรายกรณี (Case study) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จะเห็นได้ว่าการประเมิน(Assessment) มีความสำคัญที่สุดและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะกำเริบและระยะพักฟื้น[7] : กรณีศึกษา โดยใช้แบบประเมิน FANCAS ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อกำหนดปัญหาทางการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลวัณโรคปอดลดอัตราการเสียชีวิตได้ ด้านการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะเริ่มการรักษาพบว่าบุคคลในครอบครัวและผู้ป่วย/ชุมชนมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณ

โรคเพราะอยู่ในระยะ Active TB ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายขาดความรู้ในการปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคกล่าวว่าสามารถนำการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางการพัฒนาระบบงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการแพรกระจายเชื้อและป้องกันวัณโรคในชุมชนได้[8] ดังนั้น การเสริมความรู้ให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย (Face Mask) ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้องตลอดเวลาระหว่างการรักษา การล้างมือ การแยกห้องนอน การแยกของใช้ส่วนตัว การอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก การหมั่นทำความสะอาดที่นอน นำมาตากแดด ตลอดจนวิธีกำจัดเสมหะควรบ้วนเสมหะใส่ภาชนะ ที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วกำจัดโดยทิ้งในโถส้วม ไม่ควรบ้วนเสมหะหรือน้ำลายลงบนพื้นเพราะเสมหะที่แห้งสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ การเก็บเสมหะควรเก็บในที่โล่งแจ้งมีแสงแดดส่องถึงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีความรู้เรื่องวัณโรคปอดที่ทันสมัยสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและวางแผนจำหน่ายร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและครอบครัว/ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่บ้านและตรวจสุขภาพคัดกรองวัณโรคปอดทุกปี

2. ควรจัดกิจกรรมทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุคลากรทางการ พยาบาลมีความรู้ความมั่นใจและผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

3. มีการส่งต่อข้อมูลด้านการพยาบาลระยะต่อเนื่องแก่ ทีมสุขภาพในชุมชนเยี่ยมบ้าน ได้แก่ อสม.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตรับผิดชอบผู้ป่วยเพื่อการติดตาม DOT การเฝ้าระวังติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อให้ประสบผลสำเร็จในการรักษาโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567).รายงานสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยปีงบประมาณ 2567. https://www.ddc.moph.go.th/dtb/forecast_detail.php?publish=15582&deptcode=dtb
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565).แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2565.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. เวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลโพธิ์ชัย.(2567).รายงานยอดผู้ป่วยวัณโรคประจำปี 2567.ม.ป.ป.
4. ทัศนีย์ คมคาย.(2567).การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกับโรคเบาหวาน :กรณีศึกษา 2 ราย. https://cphos.go.th/new-cphos/view_document.php?document
5. Gordon, M. (1982). Nursing diagnosis: Process and Application. McGraw-Hill.
6. วิศณุ นันทัยเกื้อกูล.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น,28(2);53-62.
7. สุวิจักขณ์ เจนปิยพงษ์, ชมพูนุช เพชรวิเศษ, ณัฐฐิตา เพชรประไพ, ศรัญญา จุฬารี. (2566).การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะกำเริบและระยะพักฟื้น : กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 41(2) ;1-14.
8. อัญชลี จันทร์, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล.(2560). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วยวัณโรค. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ,31(3);89-104.

การผลิตถ่านอัดแท่งจากเปลือกทุเรียนและถ่านใบหูกวาง

Charcoal Briquette Production from Charcoal Durian Shell and Charcoal Tropical Almond Leaves.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

ประยุกต์ เดชสุทธิกร[1] นพธีรา เพิ่มพูล[2] ทักษิณา แซ่ตั้น[2] และ สิรินยา ผลสงเคราะห์[2]
Prayook Detsuttikorn[1] Nopteera Permpoon[2] Thaksina Saetan[2] and Sirinya Polsongkors[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวางในการผลิตถ่านอัดแท่ง การวิจัยมีการแปรเปลี่ยนอัตราส่วนของถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวางเท่ากับ 0 : 100, 25 : 75, 50 : 50, 75 : 25 และ 100 : 0 ตามลำดับ

ผลการศึกษาคุณภาพถ่านอัดแท่ง พบว่า อัตราส่วน 75 : 25 และ 100 : 0 มีค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช. 238/2547) ได้แก่ คุณลักษณะทั่วไปและความชื้นที่กำหนดให้มีค่าไม่เกินร้อยละ 8 ยกเว้นค่าความร้อนที่กำหนดให้มีค่าไม่น้อยกว่า 5,000 แคลอรี่ต่อกรัม อัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งของถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวาง คือ อัตราส่วนเท่ากับ 100 : 0 โดยมีค่าความร้อนเท่ากับ 3,018.39 ± 4.52 แคลอรี่ต่อกรัม คาร์บอนคงตัวเท่ากับร้อยละ 42.25 ± 2.47 และอัตราการเผาไหม้เท่ากับ 39.95 ± 1.67 นาที โดยมีค่ามากที่สุดเมื่อเทียบกับอัตราส่วนอื่นๆ

คำสำคัญ: ถ่านเปลือกทุเรียน ถ่านใบหูกวาง ถ่านอัดแท่ง

Abstract

This experimental research used descriptive statistics, including numbers, percentages, means, standard deviations, and content analysis. The objective of this research was to study the optimum ratio of Charcoal Durian Shell to Charcoal Tropical Almond Leaves for the production of Charcoal Briquettes. In the experiment, the variable the ratio of Charcoal Durian Shell to Charcoal Tropical Almond Leaves at 0 : 100, 25 : 75, 50 : 50, 75 : 25 and 100 : 0, respectively.

The results of the study showed that the ratios of 75 : 25 and 100 : 0 passed the Thai Community Product Standard criteria (TCPS.238/2004) such as general characteristics and moisture content is not more than 8%, except for heating value is not less than 5,000 cal/g. The ratio of Charcoal Durian Shell to Charcoal Tropical Almond Leaves at 100 : 0 is the optimum ratio of Charcoal Briquette production. When compared with other ratios, it has the highest heating value is 3,018.39 ± 4.52 cal/g, fixed carbon is 42.25% ± 2.47, and combustion rate is 39.95 ± 1.67 min.

Keywords: Charcoal Durian Shell, Charcoal Tropical Almond Leaves, Charcoal Briquettes

บทนำ

ปริมาณการใช้พลังงานในประเทศไทยใน ปี พ.ศ.2566 มีมากขึ้นทั้งในภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจ เมื่อเทียบกับปีก่อนคิดเป็นร้อยละ 3.6[1] กล่าวคือ มีผลโดยตรงทำให้ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนมีค่ามากขึ้น การหาแหล่งพลังงานทดแทน เช่น พลังงานชีวมวล พลังงานหมุนเวียนในรูปอื่นๆ จึงนับเป็นการลดการใช้พลังงานในประเทศอีกได้แนวทางหนึ่ง พลังงานชีวมวล คือ เชื้อเพลิงที่ได้จากสิ่งมีชีวิต เช่น แกลบ ขี้เลื่อย วัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตร เป็นรูปแบบหนึ่งของพลังงานทดแทนที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางในประเทศ เนื่องจากนำมาทดแทนพลังงานไฟฟ้าได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับพลังงานรูปแบบอื่นๆ เช่นในปี พ.ศ. 2566 สามารถทดแทนได้ร้อยละ 30.2 คิดเป็นกำลัง

[1]อาจารย์, สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Corresponding author, E-mail: prayook@go.buu.ac.th
[2]นักศึกษาระดับปริญญาตรี, สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การผลิตไฟฟ้า 3,869.8 เมกะวัตต์[2] ภาคเกษตรกรรมเป็นภาคที่มีความสำคัญกับประเทศไทย วัสดุเหลือทิ้งจากกิจกรรมทางการเกษตรในแต่ละปีมีเป็นจำนวนมาก เช่น เปลือกทุเรียน เปลือกมังคุด หากมีการจัดการที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การนำวัสดุเหลือทิ้งเหล่านี้มาใช้ประโยชน์เชิงพลังงานจึงนับว่าเป็นการใช้ประโยชน์จากวัสดุเหลือทิ้ง (Waste utilization) และการจัดการวัสดุเหลือทิ้ง (Waste management) ได้อย่างเหมาะสม

ทุเรียน นับว่าเป็นผลไม้ที่มีรสชาติอร่อยจึงได้รับฉายาว่า ราชาแห่งผลไม้ (King of fruits) มีลักษณะเป็นไม้ผลยืนต้นขนาดใหญ่ ในภูมิภาคที่มีอากาศร้อน จะเจริญเติบโตและให้ผลผลิตที่ดี ภาคตะวันออกและภาคใต้ของไทยนิยมปลูกเป็นพืชเศรษฐกิจโดยมีการส่งออกเป็นอันดับที่ 1 ของโลก สายพันธุ์ที่นิยมปลูก ได้แก่ พันธุ์หมอนทอง ก้านยาว ชะนี และกระดุมทอง การแปรรูปทุเรียนเพื่อการส่งออก เช่น ทุเรียนทอด ทุเรียนอบแห้ง และทุเรียนกวน ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีการบริโภคทุเรียนภายในประเทศ 291,429 ตัน และมีการแปรรูปเพื่อการส่งออก 81,346.69 ตัน[3] องค์ประกอบของเปลือกทุเรียนพบว่ามีเส้นใยสูง มีส่วนที่เป็นเซลลูโลสสูงถึงร้อยละ 30 จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยในการเผาไหม้จนเกิดเป็นถ่าน ดังนั้นการบริโภคทุเรียนและการนำไปแปรรูปจึงมีเปลือกทุเรียนเหลือทิ้งเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะเปลือกทุเรียนคิดเป็นน้ำหนักร้อยละ 30 ของทุเรียนทั้งผล การนำเปลือกทุเรียนไปใช้ประโยชน์ในหลากหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาบรรจุภัณฑ์จากเส้นใยเปลือกทุเรียนแบบฟอกขาวและไม่ฟอกขาว[4]

ต้นหูกวางมีลักษณะเป็นไม้ยืนต้นผลัดใบขนาดกลาง ลำต้นสูง 15-20 เมตร จัดอยู่ในวงศ์ combretaceae ประเทศไทยที่พบคือชนิด *Terminalia catappa L.* ใบของต้นหูกวางเป็นรูปไข่กลับ มีความกว้าง 8-15 เซนติเมตร ยาว 12-25 เซนติเมตร ใบหูกวางมีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบไปด้วย เซลลูโลส แทนนิน, ลิกนิน, เพนโทซาน และแอลคาร์ลอยด์ ร้อยละ 41.93, 12.67, 7.21, 3.79 และ 3.95 ตามลำดับ[5] มีการนำเมล็ดหูกวางผสมกับมูลไก่ พบว่า ที่อัตราส่วนเมล็ดหูกวางต่อมูลไก่ 80:20 มีค่าความร้อนและระยะเวลาการเผาไหม้ที่ยาวนานกว่าอัตราส่วนอื่นๆ[6] และใบหูกวางมีการนำไปสกัดสารแทนนิน เพื่อศึกษาการงอกของหางปลากัด โดยพบว่าสารสกัดที่ความเข้มข้น 40 ppm ร่วมกับเกลือแกงร้อยละ 1 มีผลทำให้หางปลากัดงอกเร็วที่สุด[7]

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวางในการผลิตถ่านอัดแท่ง เพื่อเป็นการนำวัสดุเหลือทิ้งมาใช้ประโยชน์ในรูปแบบของแหล่งพลังงานแทนการทิ้งที่อาจก่อปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม อีกทั้งเป็นการลดการพึ่งพาพลังงานไฟฟ้าหรือเชื้อเพลิงฟอสซิลที่ใช้ในกิจกรรมต่างๆ หากมีการส่งเสริมให้มีการผลิตในภาคครัวเรือนจะสามารถสร้างรายได้ให้กับชุมชน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวางในการผลิตถ่านอัดแท่ง

วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัย (Research design) ในการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยทำการทดลองผลิตถ่านอัดแท่งจากเปลือกทุเรียนและใบหูกวาง ณ ห้องปฏิบัติการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

1. การเตรียมวัตถุดิบ

1.1 เปลือกทุเรียนสายพันธุ์หมอนทอง นำมาจากสวนทุเรียนในเขตตำบลทุ่งควายกิน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง และจากร้านผลไม้แห่งหนึ่ง ในเขตตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

1.2 ใบหูกวาง นำมาจากสวนนันทนาการมหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และจากหาดพยูน ตำบลบ้านฉาง อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง

1.3 นำเปลือกทุเรียนและใบหูกวาง ไปเผาใน

เตาเผาแบบไพโรไลซิส (Pyrolysis) ให้กลายเป็นถ่าน เป็นระยะเวลานาน 10 ชั่วโมง จนกระทั่งเกิดเป็นถ่านไม้สีดำ จากนั้นไปบดให้ละเอียดด้วยครกหิน แล้วนำมาร่อนผ่านตะแกรงร่อน 25 mesh (ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางช่อง 0.7 มิลลิเมตร)

1.4 กวนแป้งมันสำปะหลังกับน้ำกลั่น ที่อัตราส่วนแป้ง 0.3 กิโลกรัมต่อน้ำกลั่น 1 ลิตร กวนจนกระทั่งหลังกลายเป็นแป้งเปียก จากนั้นนำไปผสมกับถ่านเปลือกทุเรียนและถ่านใบหูกวาง ที่อัตราส่วนถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวางเท่ากับ 0 : 100, 25 : 75, 50 : 50, 75 : 25 และ 100 : 0 โดยมีปริมาณถ่านเปลือกทุเรียน (กรัม) ต่อถ่านใบหูกวาง (กรัม) ต่อแป้งเปียก (กรัม) เท่ากับ 0 : 300 : 200, 75 : 225 : 200, 150 : 150 : 200, 225 : 75 : 200 และ 300 : 0 : 200 ตามลำดับ

1.5 นำตัวอย่างในแต่ละอัตราส่วนไปอัดแท่งในเครื่องอัดแท่งเชื้อเพลิง จากนั้นใช้ค้อนตอกที่ด้ามจับด้านบนเพื่อให้ถ่านอัดแน่นเป็นก้อนจำนวน 50 ครั้ง โดยน้ำหนักในการตอกมีการควบคุมให้มีค่าใกล้เคียงกันในการตอกทุกครั้ง จากนั้นนำถ่านอัดแท่งออกจากเครื่องอัดแท่งเชื้อเพลิง แล้วนำไปตากแดดให้แห้งเป็นเวลา 4 วัน เมื่อพิจารณาลักษณะของถ่าน พบว่าเป็นรูปทรงกระบอก ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง x สูง = 3.5 x 7 เซนติเมตร ดังแสดงในภาพที่ 1 (ก) และ (ข)

ภาพที่ 1 เครื่องมือและผลิตภัณฑ์ในการวิจัย
(ก) เครื่องอัดแท่งเชื้อเพลิง
(ข) ผลิตภัณฑ์ถ่านอัดแท่ง

1.6 นำตัวอย่างไปทดสอบคุณสมบัติของถ่านอัดแท่ง ได้แก่ ความหนาแน่นรวม (Bulk density), อัตราการเผาไหม้, ความชื้น (Moisture content), ปริมาณสารระเหย (Volatile matter), ปริมาณเถ้า (Ash) คาร์บอนคงตัว (Fixed carbon) และค่าความร้อน (Heating value) การทดลองในทุกตัวแปรได้ทดสอบตัวอย่างละ 3 ครั้ง จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. การวิเคราะห์คุณสมบัติ

2.1 ทางกายภาพ

2.1.1 ความหนาแน่นรวม (Bulk density, ρ) โดยนำตัวอย่างมาชั่งน้ำหนัก (M) และวัดขนาดตัวอย่างเพื่อคำนวณปริมาตร (V) และนำไปคำนวณดังแสดงในสมการที่ 1 ตามมาตรฐาน ASTM D2974-14[8]

$$\rho\ (g/cm^3) = \frac{M}{V} \quad (1)$$

2.1.2 อัตราการเผาไหม้ของถ่านอัดแท่ง โดยนำตัวอย่างหนัก 500 กรัม ไปเผาไหม้ในเตาถ่าน จนกลายเป็นเถ้า จากนั้นทำการบันทึกระยะเวลาในการเผาไหม้[9]

2.2 ทางเคมี

2.2.1 ค่าความร้อน (Heating value, cal/g) ทำการวิเคราะห์ตัวอย่างด้วยเครื่องบอมบ์แคลอริมิเตอร์ ตามมาตรฐาน ASTM D 5865[10]

2.2.2 ความชื้น (Moisture content, M) โดยนำตัวอย่างใส่ลงในถ้วยกระเบื้อง แล้วชั่งน้ำหนัก (W1) จากนั้นนำไปอบที่อุณหภูมิ 105 °C นาน 24 ชั่วโมง ปล่อยทิ้งให้เย็น และชั่งน้ำหนัก (W2) คำนวณร้อยละความชื้น (M) ดังแสดงในสมการที่ 2 ตามมาตรฐาน ASTM D 3173[11]

$$M\ (\%) = \frac{(W1-W2)}{W1} \times 100 \quad (2)$$

2.2.3 ปริมาณสารระเหย (Volatile matter, V) ชั่งตัวอย่างใส่ถ้วยกระเบื้องหนัก 1 กรัม และนำไปชั่ง

น้ำหนัก (W1) จากนั้นนำไปเผาที่อุณหภูมิ 750 °C นาน 1 ชั่วโมง ปล่อยไว้ในเตานาน 7 นาที ปล่อยทิ้งเย็นนาน 30 นาที และชั่งน้ำหนัก (W2) คำนวณปริมาณสารระเหย (V) ดังแสดงในสมการที่ 3 ตามมาตรฐาน ASTM D 3175[12]

$$V\ (\%) = \frac{(W1-W2) \times 100}{W1} - M \quad (3)$$

2.2.4 ปริมาณเถ้า (Ash, A) โดยการนำถ้วยกระเบื้องไปอบเผาในเตาอบที่อุณหภูมิ 105 °C นาน 30 นาที ปล่อยทิ้งให้เย็นนาน 15 นาที จากนั้นชั่งตัวอย่างใส่ถ้วยกระเบื้องหนัก 1 กรัม และนำไปชั่งน้ำหนัก (W1) จากนั้นนำไปเผาที่อุณหภูมิ 950 °C นาน 30 นาที ปล่อยไว้ในเตานาน 20 นาที รอจนกระทั่งได้น้ำหนักของถ้วยกระเบื้องรวมกับน้ำหนักของเถ้าที่เหลือคงที่แล้ว (W2) คำนวณร้อยละปริมาณเถ้า (A) ดังแสดงในสมการที่ 4 ตามมาตรฐาน ASTM D 3174[13]

$$A\ (\%) = \frac{W2}{W1} \times 100 \quad (4)$$

2.2.5 คาร์บอนคงตัว (Fixed carbon, C) คำนวณได้จากร้อยละปริมาณความชื้น (M) ร้อยละปริมาณสารระเหย (V) และร้อยละปริมาณเถ้า (A) ดังแสดงในสมการที่ 5 ตามวิธีมาตรฐาน ASTM D3172[14]

$$C\ (\%) = 100 - M - V - A \quad (5)$$

ผลการศึกษา

การผลิตถ่านอัดแท่งจากถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวาง ที่อัตราส่วนเท่ากับ 0 : 100, 25 : 75, 50 : 50, 75 : 25 และ 100 : 0 ดังแสดงผลการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะทั่วไป

การผลิตถ่านอัดแท่งโดยนำถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวาง มาผสมกันโดยใช้แป้งเปียกเป็นตัวประสาน พบว่า อัตราส่วนถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวาง 100 : 0, 75 : 25 และ 50 : 50 ถ่านอัดแท่งประสานตัวเป็นเนื้อเดียวกันดี อัดแท่งง่าย ไม่เปราะแตกง่าย และมีสีดำสม่ำเสมอ ยกเว้นอัตราส่วน 50 : 50 ที่แตกง่าย แต่อัตราส่วน 25 : 75 และ 0 : 100 พบว่าถ่านอัดแท่งประสานเป็นเนื้อเดียวกันดี แต่เปราะแตกง่าย อัดแท่งยาก และมีสีดำที่ไม่สม่ำเสมอ

2. ผลการวิเคราะห์คุณสมบัติ

2.1 ทางกายภาพ

ถ่านอัดแท่งที่อัตราส่วนถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวางที่อัตราส่วนเท่ากับ 0 : 100 25 : 75, 50 : 50, 75 : 25 และ 100 : 0 เมื่อวิเคราะห์คุณสมบัติทางกายภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติทางกายภาพ

อัตราส่วนถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวาง	ความหนาแน่นรวม (g/cm³)	อัตราการเผาไหม้ (นาที)
0 : 100	0.88 ± 0.03	30.95 ± 0.68
25 : 75	0.83 ± 0.01	34.96 ± 2.10
50 : 50	0.82 ± 0.00	35.26 ± 1.37
75 : 25	0.89 ± 0.02	37.20 ± 2.86
100 : 0	0.84 ± 0.01	39.95 ± 1.67

จากตารางที่ 1 ความหนาแน่นรวม พบว่า ทุกอัตราส่วนมีค่าที่ใกล้เคียงกัน โดยอัตราส่วน 75 : 25 มีค่ามากที่สุด คือ 0.89 ± 0.02 g/cm^3 และอัตราการเผาไหม้ พบว่า ที่อัตราส่วน 100 : 0 มีค่ามากที่สุดคือ 39.95 ± 1.67 นาที

2.2 ทางเคมี

ถ่านอัดแท่งที่อัตราส่วนถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวางที่อัตราส่วน 0 : 100, 25 : 75, 50 : 50, 75

: 25 และ 100 : 0 เมื่อวิเคราะห์คุณสมบัติทางเคมี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณสมบัติทางเคมี

อัตราส่วนถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวาง	ความชื้น (ร้อยละ)	ปริมาณสารระเหย (ร้อยละ)	ปริมาณเถ้า (ร้อยละ)	คาร์บอนคงตัว (ร้อยละ)	ค่าความร้อน (cal/g)
0 : 100	2.26 ± 0.09	39.68 ± 0.91	25.98 ± 0.32	31.99 ± 0.80	2,711.26 ±12.73
25 : 75	2.55 ± 0.87	36.62 ± 0.00	17.68 ± 0.34	39.57 ± 3.81	2,839.36 ± 8.92
50 : 50	2.14 ± 0.00	35.92 ± 0.18	18.92 ± 0.29	41.53 ± 1.50	2,864.13 ±12.36
75 : 25	2.44 ± 0.00	33.02 ± 0.00	22.65 ± 0.14	41.89 ± 2.36	2,893.13 ± 0.04
100 : 0	3.13 ± 0.18	37.60 ± 0.98	17.02 ± 0.13	42.25 ± 2.47	3,018.39 ± 4.52
ถ่านเปลือกทุเรียน	1.29 ± 0.06	4.43 ± 0.00	18.93 ± 1.69	75.35 ± 1.36	-
ถ่านใบหูกวาง	0.47 ± 0.06	8.36 ± 0.43	28.83 ± 0.69	62.34 ± 0.40	-

จากตารางที่ 2 ค่าความร้อนและคาร์บอนคงตัว พบว่า อัตราส่วน 100 : 0 มีค่าที่มากสุด คือ 3,018.39 ± 4.52 cal/g และร้อยละ 42.25 ± 2.47 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของถ่านอัดแท่ง พบว่า ที่อัตราส่วนถ่านเปลือกทุเรียนต่อถ่านใบหูกวางเท่ากับ 75 : 25 และ 100 : 0 มีลักษณะประสานตัวเป็นเนื้อเดียวกันดี อัดแท่งง่าย ไม่เปราะแตกง่าย มีสีดำสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547)[15] ที่กล่าวว่า ลักษณะทั่วไปของถ่านอัดแท่งต้องมีรูปทรงเดียวกัน ขนาดใกล้เคียงกัน มีสีดำสม่ำเสมอ ไม่เปราะแตกง่าย แต่อัตราส่วน 50 : 50 เปราะแตกง่าย และ 25 : 75 และ 0 : 100 เปราะแตกง่าย อัดแท่งยาก และมีสีดำที่ไม่สม่ำเสมอ จึงมีคุณสมบัติที่ไม่ผ่านมาตรฐาน อัตราส่วนที่มีปริมาณถ่านใบหูกวางที่เท่ากับหรือมากกว่าถ่านเปลือกทุเรียน ส่งผลให้มีคุณสมบัติที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สินเดิม ดีโต และคณะ[16] ที่พบว่าเชื้อเพลิงอัดแท่งที่ผลิตจากถ่านใบหูกวางผสมกับวัตถุดิบตัวประสาน เมื่อมีอัตราส่วนของใบหูกวางที่มากขึ้น ส่งผลให้การยึดเกาะกันไม่ดี และเกิดการแตกหักได้ง่าย

ความหนาแน่นรวมของถ่านอัดแท่งทุกอัตราส่วนมีค่าอยู่ระหว่าง 0.82 - 0.89 g/cm^3 ซึ่งมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ถ่านจึงมีความแข็งแรง ไม่เปราะแตกง่าย ส่งผลให้เกิดลุกไหม้ที่ยาวนาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา อัศวรุจิกุลชัย[17] ได้กล่าวว่า ถ่านชีวภาพที่ดีควรมีค่าระหว่าง 0.42 - 0.74 g/cm^3 หากมีค่าน้อยกว่า 0.42 g/cm^3 จะส่งผลให้ความแข็งแรงมีค่าน้อยลง เนื่องจากเกิดช่องว่างจำนวนมากภายในเนื้อถ่าน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วงจันทร์ นุ่นคง และกัญญารัตน์ เมฆแก้ว[18] ที่กล่าวว่า ถ่านที่มีความหนาแน่นมาก ส่งผลให้วัสดุมีการยึดเกาะกันได้ดี จึงสะดวกต่อการขนส่ง ไม่แตกหักง่าย จากการทดลองพบว่า ที่อัตราส่วน 75 : 25 มีค่าความหนาแน่นมากที่สุด แสดงถึงการเพิ่มปริมาณถ่านเปลือกทุเรียนที่มากขึ้นส่งผลทำให้ความหนาแน่นมีค่ามากขึ้น

อัตราการเผาไหม้ของถ่านอัดแท่งหากมีค่ามาก แสดงถึงเมื่อจุดติดไฟแล้วจะมีระยะเวลาในการลุกไหม้ที่ยาวนาน อีกทั้งมีค่าแปรผันโดยตรงกับคาร์บอนคงตัว[19] จากการทดลองอัตราส่วน 100 : 0 ที่มีเปลือกทุเรียนเป็นวัตถุดิบเพียงอย่างเดียว พบว่าอัตราการเผาไหม้และคาร์บอนคงตัวมีค่าสูงที่สุด ดังนั้นแนวโน้มของอัตราส่วนที่มีถ่านเปลือกทุเรียนมากจึงส่งผลให้อัตราการเผาไหม้มีค่ามากขึ้นตามลำดับ

คาร์บอนคงตัวของถ่านอัดแท่งมีค่าสัมพันธ์กับความชื้น ปริมาณเถ้า และปริมาณสารระเหย หากถ่านอัดแท่งที่มีค่าคาร์บอนคงตัวมาก จะมี

ระยะเวลาการลุกไหม้ที่ยาวนาน จากการทดลองพบว่า ทุกอัตราส่วนมีค่าในช่วงร้อยละ 31.99 - 42.25 แสดงถึงมีค่าคาร์บอนคงตัวสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของอังศุมน สังขพันธ์[20] ที่กล่าวว่า เชื้อเพลิงของชีวมวลที่ดีควรมีค่าคาร์บอนคงตัวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15 จากการทดลอง พบว่า ถ่านเปลือกทุเรียนมีค่าคาร์บอนคงตัวที่มากกว่าถ่านใบหูกวาง คือมีค่าร้อยละ 75.35 ± 1.36 และ 62.34 ± 0.40 ตามลำดับ ดังนั้นอัตราส่วนที่มีถ่านเปลือกทุเรียนมากขึ้น ส่งผลให้คาร์บอนคงตัวมีค่ามากขึ้น เมื่อพิจารณาความชื้น พบว่า ทุกอัตราส่วนมีค่าผ่านมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547) ที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 8

ค่าความร้อนของถ่านอัดแท่งมีค่าแปรผันตามอัตราส่วนของวัตถุดิบ กล่าวคือ อัตราส่วนที่มีถ่านเปลือกทุเรียนในปริมาณมากกว่าถ่านใบหูกวาง ส่งผลให้ค่าความร้อนมีค่ามากขึ้นตามลำดับ จากการทดลองพบว่า อัตราส่วน 100 : 0 ซึ่งมีการผสมถ่านเปลือกทุเรียนเพียงอย่างเดียวมีค่ามากที่สุด คือ 3,018.39 ± 4.52 cal/g ทั้งนี้เนื่องจากค่าความร้อนของเปลือกทุเรียนมีค่ามากกว่าใบหูกวาง คือมีค่า 3,901[21] และ 3,103.82[16] cal/g ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราส่วนดังกล่าว พบว่า ไม่มีการผสมถ่านใบหูกวางซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มถ่านใบไม้ จึงทำให้ค่าความร้อนมีค่ามากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ นนทพันธ์ จันทร์ธนูเดช[22] ที่ได้กล่าวว่า ถ่านจากใบไม้อาจมีสารบางชนิดที่ทำให้รบกวนการเผาไหม้ ส่งผลให้ค่าความร้อนมีค่าน้อยลง เมื่อเปรียบเทียบค่าความร้อนของถ่านอัดแท่งทุกอัตราส่วน พบว่ามีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547)[15] ที่กำหนดให้มีค่าไม่น้อยกว่า 5,000 cal/g แต่อัตราส่วน 100 : 0 ซึ่งมีค่ามากที่สุด พบว่ามีค่าใกล้เคียงกับเชื้อเพลิงอัดแท่งที่ทำจากฟางข้าว[23] ที่มีค่า 3,673.33 cal/g จึงสามารถนำไปใช้เป็นเชื้อเพลิงในการเผาไหม้ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้อาจเกิดจากถ่านอัดแท่งมีการใช้แป้งเปียกจากมันสำปะหลังเป็นตัวประสาน จึงส่งผลให้ค่าความร้อนมีค่าน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา อัศวรุจิกุลชัย และคณะ[24] และวัชรานนท์ จุฑาจันทร์[25] ที่พบว่าอัตราส่วนของตัวประสานที่ทำจากแป้งเปียกจากมันสำปะหลังที่มากขึ้น ส่งผลให้ค่าความร้อนมีค่าน้อยลง ในเชื้อเพลิงอัดแท่งจากเปลือกทุเรียนและถ่านอัดแท่งจากหญ้าแฝก ตามลำดับ

อัตราส่วนที่เหมาะสมของการผลิตถ่านอัดแท่งจากเปลือกทุเรียนและใบหูกวาง คือ อัตราส่วน 100 : 0 ที่มีถ่านเปลือกทุเรียนเป็นส่วนผสมเพียงอย่างเดียว เนื่องจากลักษณะทั่วไปและความชื้นผ่านตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547)[15] และมีค่าความร้อน อัตราการเผาไหม้ และคาร์บอนคงตัวมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนอื่น ๆ จึงมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้เผาไหม้ให้ความร้อนในกิจกรรมต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการลดปริมาณแป้งเปียกที่ใช้เป็นตัวประสานถ่านอัดแท่งให้น้อยลง เนื่องจากมีผลทำให้ค่าความร้อนมีค่าน้อยลง หรือเลือกใช้ตัวประสานชนิดอื่นที่ช่วยเพิ่มค่าความร้อน เช่น กากน้ำตาล[6] น้ำยางพารา[26]

2. ควรมีการเปลี่ยนกระบวนการอัดถ่านเป็นกระบวนการอัดร้อน (Hot press process)[6] ซึ่งไม่มีการใช้ตัวประสานในการอัดถ่าน จึงช่วยลดการใช้วัตถุดิบ และเพิ่มค่าความร้อนของถ่านให้มากขึ้น

3. การตากแดดถ่านอัดแท่งให้แห้ง ควรตากในที่โล่งแจ้ง มีการระบายของอากาศที่ดี และไม่ควรมีแสงแดดที่แรงมากจนเกินไป เนื่องจากที่ผิวด้านนอกของถ่าน น้ำจะมีการระเหยอย่างรวดเร็ว ทำให้บริเวณผิวถ่านเกิดการแตกร้าวได้ง่าย โดยที่เนื้อถ่านด้านในยังมีความชื้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ คุณเรวัตร แป้นสุวรรณ ที่ให้ความอนุเคราะห์เตาเผาไพ

โรไลซิส และคำแนะนำในการบรรจุถ่านในเครื่องอัดแท่งเชื้อเพลิงในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณร้านผลไม้อติคุณ บางแสน และคุณจตุรงค์ สันทัสนมงคล เจ้าของสวนทุเรียนในเขตตำบลทุ่งควายกิน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ที่ให้ความอนุเคราะห์เปลือกทุเรียนเพื่อใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและแผนพลังงานกระทรวงพลังงาน.(2566) รายงานสถิติพลังงานรายปี 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 8 พค.68]. เข้าถึงจาก: https://www.eppo.go.th/index.php/th/component/k2/item/19566-energy-statistics-2566.
2. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. (2566). รายงานพลังงานทดแทนของประเทศไทย 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 9 พค.68]. เข้าถึงจาก: https://www.dede.go.th/uploads/2566_forweb_19e391041d.pdf?
updated_at=2025-03-14T07:40:51.956Z
3. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ.(2565). สินค้าทุเรียนและผลิตภัณฑ์. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 9 พค.68]. เข้าถึงจาก: https://คิดค้า.com/wp-content/uploads/2022/04/Product-Profile-ทุเรียน-มี.ค.-65.pdf.
4. วริศชนม์ นิลนนท์, กุลพร พุทธมี, จิรพร สวัสดิการ, คมสัน มุ่ยสี และประมวล ศรีกาหลง.(2564). การพัฒนาบรรจุภัณฑ์จากเส้นใยเปลือกทุเรียนแบบฟอกขาวและไม่ฟอกขาว. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 40(6): 422-429.
5. สมจินตนา พุทธมาตย์, วรวัฒ สุวรรณสาร.(2550). การศึกษาองค์ประกอบทางเคมีของใบหูกวาง (Terminalia catappa L.) และผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพน้ำและการยับยั้งแบคทีเรียในน้ำ. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 45 จังหวัดกรุงเทพฯ. 579-585.
6. ญาณภพ พูลผล.(2560). ถ่านอัดแท่งเมล็ดหูกวางผสมมูลไก่ [ปริญญานิพนธ์บัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
7. พรพิมล พิมลรัตน์, สุพันธ์ณี สุวรรณภักดี และพัชราวลัย ศรียะศักดิ์.(2566). ความเข้มข้นที่เหมาะสมของสารสกัดแทนนินจากใบหูกวางต่อการงอกใหม่ของหางปลากัด. วารสารวิจัยและส่งเสริมวิชาการเกษตร 40(3): 106-115.
8. American Society for Testing and Materials (ASTM).(2020). Standard Test Methods for Moisture, Ash, and Organic Matter of Peat and Other Organic Soils: ASTM D2974-14. Pennsylvania: ASTM International.
9. รอกีเยาะ สา และฮาลีเมาะ ฮูลู.(2554). การศึกษาถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ในท้องถิ่น [รายงานการวิจัย]. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
10. American Society for Testing and Materials (ASTM). (2019). Standard Test Method for Gross Calorific Value of Coal and Coke: ASTM D5865. Pennsylvania: ASTM International.
11. American Society for Testing and Materials (ASTM). (2017). Standard Test Method for Moisture in The Analysis Sample of Coal and Coke: ASTM D3173-11. Pennsylvania: ASTM International.
12. American Society for Testing and Materials (ASTM). 2020). Standard Test Method for Volatile Matter in the Analysis Sample of Coal and Coke: ASTM D3175-20. Pennsylvania: ASTM International.
13. American Society for Testing and Materials (ASTM). Standard Test Method for Ash in the Analysis Sample of Coal and Coke from Coal: ASTM D3174-12. Pennsylvania: ASTM International.
14. American Society for Testing and Materials (ASTM).(2021). Standard Practice for Proximate Analysis of Coal and Coke: ASTM D3172-13. Pennsylvania: ASTM International.
15. สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม.(2547). มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชนของถ่านอัดแท่ง มผช. 238-2547. กรุงเทพฯ.
16. สินเดิม ดีโต, สุรัสวดี ปลิโพธ, กฤษณา คุรุวิทย์, ปาจรีย์ ชูประยูร, นฤมล กูลศิริศรีตระกูล และเพ็ญพร วินัยเรืองฤทธิ์.(2555). เชื้อเพลิงอัดแท่งจากใบไม้เพื่อเปลี่ยนพลังงานทดแทน. การประชุมวิชาการการพัฒนาชนบทที่ยั่งยืนประจำปี 2555 จังหวัดขอนแก่น. 940-946.
17. อัจฉรา อัศวรุจิกุลชัย.(2554). การนำเปลือกทุเรียนและใช้ในรูปแบบเชื้อเพลิง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
18. วงจันทร์ นุ่นคง และกัญญารัตน์ เมฆแก้ว.(2566). ถ่านอัดแท่งจากเปลือกมะพร้าว. วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี. 1(1): 1-12.

19. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. คู่มือแนวทางและเกณฑ์คุณสมบัติของเสียเพื่อการแปรรูปเป็นแท่งเชื้อเพลิงและบล็อกประสาน. [อินเตอร์เน็ต]. 2555. [สืบค้นเมื่อ 11 กค.68]. เข้าถึงจาก http://webintra.diw.go.th/iwmb/form/iwd040_ผนวก%20ง_คู่มือนำร่อง.pdf
20. อังศุมน สังขพันธ์. เชื้อเพลิงอัดแท่งร่วมจากระบบบำบัดน้ำเสียชุมชน กรณีศึกษาโรงบำบัดน้ำเสียชุมชนแห่งหนึ่งในเมืองพัทยา [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
21. วาริษา วาแม และเอกชัย สิงหเดช. เชื้อเพลิงเขียวจากเปลือกทุเรียนร่วมกับกากไขมันอุตสาหกรรมปลากระป๋อง [รายงานวิจัย]. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2565.
22. นนทพันธ์ จันทร์ธนูเดช. การหาและเปรียบเทียบพลังงานความร้อนระหว่างใบไม้แห้ง 15 ชนิด และถ่านอัดแท่ง : กรณีศึกษา อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2550.
23. ชนิกานต์ ขำประไพ, ณัชชา บุญถนอม, ธัญชนก โรจนานนท์ และจารุวรรณ วงค์ทะเนตร. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเชื้อเพลิงอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร. วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม 2563; 16(3): 28-38.
24. อัจฉรา อัศวรุจิกุลชัย, ชลันดา เสมสายัณห์, นัฐพร ประภักดี, ณัฐธิดา เปี่ยมสุวรรณศิริ และนิภาวรรณ ชูชาติ. การนำเปลือกทุเรียนและเปลือกมังคุดมาใช้ประโยชน์ในรูปเชื้อเพลิงอัดแท่ง. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 49 จังหวัดกรุงเทพฯ 2554: 162-168.
25. วัชรานนท์ จุฑาจันทร์. การศึกษากระบวนการเผาถ่านและสมบัติของถ่านอัดแท่งจากหญ้าแฝก. วารสารเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2562; 9(2): 135-146.
26. วัชราภรณ์ ยุบลเขต และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. เปรียบเทียบคุณสมบัติของเชื้อเพลิงอัดแท่งจากขยะเศษใบไม้ที่ได้จากการอัดด้วยเครื่องอัดและอัดด้วยมือ. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2560; 17(4): 85-96.

พัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน) RDU COMMUNITY (โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการ PAR จังหวัดกาญจนบุรี

Developing a System for Rational Drug Use in the Community (RDU Community) through Community Participation Using the PAR Process in Kanchanaburi Province.

(Received: May 17,2025 ; Revised: May 21,2025 ; Accepted: May 22,2025)

ชัยยุทธ เจติยานุวัตร[1]
Chaiyuth Jetiyanuwatr

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง“ พัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน RDU Community โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการ PAR จังหวัดกาญจนบุรี ”เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์1 . เพื่อสร้างเครือข่าย RDU Community ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ2 . เพื่อวัดผลการดำเนินงานของเครือข่าย RDU Community ในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ชุมชน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกต การสะท้อนความคิด การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และ การแลกเปลี่ยน กลุ่มเป้าหมายเป็นชุมชนในตำบลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 140 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้และทัศนคติเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลสำหรับประชาชน ระหว่างเดือน สิงหาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 การนำเสนอข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ทางสถิติใช้ paired sample t-test ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าการวิจัยแบบมีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่าย RDU Community ของตำบลท่าม่วงได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยประกอบด้วยภาครัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าม่วง และภาคประชาชนได้แก่ ผู้นำชุมชน และ อสม. ของตำบลท่าม่วง ผลการดำเนินงานของเครือข่าย ประเมินจากความรู้และทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงของประชาชนในชุมชน เก็บข้อมูลความรู้และทัศนคติจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.7 มีอายุระหว่าง 51-60 ปีร้อยละ 35.7 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ38 .6 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 45. 7อาศัยอยู่ในตำบลท่าม่วงมานานมากกว่า30 ปี ร้อยละ58 .6 มีสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยร่วมกัน 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 48. 6 การวัดผลความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มให้ความรู้และหลังให้ความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย8 . 81± 3. 01เป็นคะแนนเฉลี่ย 10. 52± 2. 86เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย paired sample t-test เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า p-value = 0.028 สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนการให้ความรู้จากคะแนนเฉลี่ย 3.52 ± 0. 48หลังให้ความรู้เพิ่มขึ้นเป็น3 .96 ± 0.32 และเปรียบเทียบทางสถิติด้วย paired sample t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า p – value = 0.026

คำสำคัญ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

Research “Developing a System for Rational Drug Use in the Community (RDU Community) through Community Participation Using the PAR Process in Kanchanaburi Province. ”The objective of this study was to establish a Rational Drug Use (RDU) community network to promote rational drug use through participatory action research (PAR) and to evaluate the performance of the RDU community network in enhancing knowledge and attitudes regarding rational drug use. The PAR process involved five steps: observation, reflection, planning, implementation, and exchange. The study was conducted in Tha Muang Subdistrict, Tha Muang District, Kanchanaburi Province, with a total of 140 participants. Data collection was carried out between August 2024 and March 2025 using a questionnaire designed to assess knowledge and attitudes about rational drug use. Data analysis

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี

involved frequency, percentage, and paired sample t-tests, with statistical significance set at $p < 0.05$.

The study found that participatory research effectively promoted the establishment of the RDU Community Network in Tha Muang Subdistrict. The network consisted of both government sectors—such as officials from Somdet PhraSangharaja 19 Hospital and the Tha Muang District Public Health Office—and public sectors, including community leaders and village health volunteers. Performance was assessed by measuring changes in the community's knowledge and attitudes. Among the 140 participants, the majority were female (55.7%), aged 51–60 years (35.7%), engaged in business (38.6%), had lived in Tha Muang for over 30 years (58.6%), and lived in households of five or more members (48.6%). After the educational intervention, the participants' average knowledge score on rational drug use increased from 8.81 ± 3.01 to 10.52 ± 2.86. The change was statistically significant ($p = 0.028$). Similarly, attitudes towards rational drug use improved from an average score of 3.52 ± 0.48 to 3.96 ± 0.32, which was also statistically significant ($p = 0.026$).

Keyword : RDU, Participatory Action Research, Kanchanaburi

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล”) rational drug use (คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด ประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขึ้น ในปี พ.ศ.2559 เพื่อเป็นมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในทุกระดับสถานบริการ ทั้งรัฐ และเอกชน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนใช้ยาได้อย่างปลอดภัย เท่าที่จำเป็นและเหมาะสม ครอบคลุมยาทุกกลุ่ม โดยจะเป็นการทำให้เป็นรูปธรรม เป็นระบบและมีความยั่งยืน ดังนั้นนโยบาย RDU จึงเป็นการมุ่งเน้น ที่จะสร้างระบบและฝังแนวคิดในตัวคน เพื่อที่จะสร้างเป็นวัฒนธรรม โดยจะใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[1,2]

จังหวัดกาญจนบุรี มีการดำเนินงานตามนโยบาย RDU Community ตั้งแต่ปี 2563 โดยในปี 2563- 2564ให้ทุกอำเภอผ่านระดับความสำเร็จระดับ 2 ผลการดำเนินการดำเนิน ผ่านทั้ง 13 อำเภอ สำหรับในปี2565 - 2566ระดับความสำเร็จคือ ผ่านอย่างน้อย 1 แห่ง / 1 อำเภอ ซึ่งผลการดำเนินงานในจังหวัดกาญจนบุรี ผ่าน 3 อำเภอในปี 2565 และผ่าน 10 อำเภอ ในปี2566 [3,4]

แต่ระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ในภาพรวมจังหวัดในแต่ละอำเภอ ยังไม่มีการพัฒนาเป็นระบบ ทำให้ขาดการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยที่แต่ละอำเภอมีรูปแบบการทำงานที่เป็นรูปธรรม ที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นในระดับจังหวัดกาญจนบุรี ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จึงจัดให้มีการดำเนิน การพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ในระดับอำเภอขึ้น โดยนำร่องที่อำเภอท่าม่วง โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ)คปสอ(. ท่าม่วง ทำการคัดเลือกตำบลในอำเภอท่าม่วง ให้เป็นตำบลต้นแบบเพื่อที่จะแนวทางการดำเนินงาน RDU ให้บรรลุตามนโยบายดังกล่าว เนื่องจากมีตำบลที่มีความพร้อมและมีศักยภาพในการรองรับนโยบายและการลงมือปฏิบัติได้ เพราะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านการอบรมเรื่อง RDU ของจังหวัด, มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และมีผู้นำชุมชนที่พร้อมให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน RDU Community และที่สำคัญอำเภอท่าม่วง มีการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข RDU Community ผ่านดำเนินการ ตั้งแต่ ปี 2563 ซึ่งในปี 2565 ดำเนินการในพื้นที่ 1ตำบล ผ่าน 1ตำบล ได้แก่ตำบลท่าตะคร้อ และปี 2566 ขยายพื้นที่เป็น 2 ตำบลคือ ตำบลบ้านใหม่ แต่ลักษณะการดำเนินของอำเภอท่าม่วงนั้น เป็นลักษณะที่กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนและ

คุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าม่วงเข้าดำเนินการ แต่ปัญหาในการดำเนินงานคือ เป็นลักษณะการดำเนินงานแบบระบบสั่งการของหน่วยงานสาธารณสุข แต่ไม่ได้ดำเนินการร่วมกันในลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชน[3,4]

จากการศึกษาพบว่า การวิจัย PAR (Participatory action research) ซึ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ทำให้ประชาชนจะมีความตื่นตัว สามารถคิดวิเคราะห์ เหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง, ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนได้ดีขึ้น[5,6,7] ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม งานวิจัยนี้จึงเป็น การดำเนินงานการสร้างเครือข่าย RDU Community และหาแนวทางปฏิบัติเพื่อประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน RDU Community ของจังหวัดกาญจนบุรีให้เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพเหมาะสมตามแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เป็นการตอบสนองนโยบาย RDU ของกระทรวงสาธารณสุข นำไปสู่การพัฒนางาน RDU Community ของจังหวัดกาญจนบุรี ให้บรรลุเป้าหมายและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างเครือข่าย RDU Community ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อวัดผลการดำเนินงานของเครือข่าย RDU Community ในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการสร้างเครือข่าย RDU Community และวัดผลการดำเนินงานของเครือข่ายในการเสริมสร้างความรู้ในชุมชน และผลที่เกิดกับประชาชนในชุมชน โดยใช้ แบบสอบถาม วัดความรู้และทัศนคติ แบบเปรียบเทียบก่อนและหลัง (pre-post test) พื้นที่ในการศึกษาใช้เลือกตำบลแบบเฉพาะเจาะจง ในตำบลที่มีชุมขนมีศักยภาพคือตำบลท่าม่วง การดำเนินการวิจัย PAR ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสังเกต ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิด ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน ขั้นตอนที่ 4 ลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 5 การแลกเปลี่ยน

ขั้นตอนที่ 1 การสังเกต

1.1 การเตรียมความพร้อมข้อมูล และการศึกษาชุมชน ชุมชนเป้าหมายคือตำบลท่าม่วง ผู้วิจัยลงสำรวจพื้นที่ของชุนชน เพื่อศึกษาสภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมของชุมชน ตลอดจนศึกษาแผนผังโครงสร้างของชุมชนเพื่อศึกษาบริบทของชุมชน โดยได้ข้อมูลพื้นฐานจาก สสอ. ท่าม่วง และรพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่19 ซึ่งได้แก่ จำนวนหมู่บ้าน, จำนวนหลังคาเรือน,บ้านเลขที่, จำนวนประชากรในแต่ละหลังคาเรือน, รายชื่อหัวหน้าครัวเรือน, อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา, อาชีพ ศาสนา, โรคประจำตัว กลุ่ม/ชมรมต่างๆในชุมชน

1.2 ผู้วิจัยทำการพบปะพูดคุย แนะนำตัวเองและสร้างความคุ้นเคยกับชุมชน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน ในการที่จะดำเนินงานร่วมกันกับพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิด ประกอบด้วย

2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่รพ. ทำการคัดเลือกกลุ่มแกนนำซึ่งจะเป็น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยจะคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อเป็นสมาชิกในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่รพ.และสสอ. 3 คน, ตัวแทนของผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน และตัวแทน อสม. จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินรายการ ควบคุมการสนทนากลุ่มและจดบันทึกการสนทนา

2.2 ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่ม เป็นการระดมสมองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อร่วมกันจัดตั้งเครือข่าย RDU Community ของตำบลท่าม่วง เป็นการกำหนดสมาชิกในเครือข่าย วัตถุประสงค์และเจตคติในการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ของเครือข่าย กำหนดแนวทางการดำเนินงานและเป้าหมาย การดำเนินงานของเครือข่าย ในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชน ของตำบลท่าม่วง ตลอดจนช่วยกัน วิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่มี ความเหมาะสมและแก้ไขปัญหาในชุมชนของตำบลท่าม่วงมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน

จากระดมความคิดจากขั้นตอนที่ 2 จัดตั้งแกนนำ มาร่วมวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล วางแผนการดำเนิน งานเสริมสร้างความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในชุมชน โดยให้เหมาะสมกับพื้นที่มากที่สุดและ ที่สำคัญสามารถลงมือปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งคัดเลือก วิธีการและกิจกรรมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้สมาชิกในเครือข่ายนำไปทดลองปฏิบัติในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การลงมือปฏิบัติ

4.1 การสร้างเครือข่าย RDU Community ของตำบลท่าม่วง ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น และ ส่วนภาคเอกชน

-จัดประชุมสมาชิกของเครือข่าย RDU Community คัดเลือกสมาชิกเครือข่าย

-ชี้แจงเป้าหมายและแนวทางการทำงานร่วมกันการดำเนินงานของเครือข่าย RDU Community เตรียมความพร้อมสมาชิกเครือข่ายให้มีความรู้ และวิธีการถ่ายทอดความรู้ โดยเข้ารับการอบรมจากเภสัชกร รพ.ที่ดูแลเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน และเตรียมเอกสารประกอบ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่จะใช้ในการคำแนะนำ เบื้องต้นที่จะทำให้ประชาชนใช้ยา ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

4.2ขั้นตอนการวัดความรู้และทัศนคติของประชาชน

การดำเนินการในขั้นตอนนี้ ทำตามแผนโดยการให้สมาชิกในเครือข่าย RDU Community เป็นผู้ลงมือปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ที่กลุ่มเครือข่ายได้ร่วมกันวางแผนและกำหนดไว้ โดยการให้ความรู้ ด้วยการแนะนำเป็นรายบุคคล ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการทดสอบความรู้ใช้แบบสอบถามเรื่องการวัดความรู้ และทัศนคติของประชาชน ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ก่อนและหลังการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 5 การแลกเปลี่ยน

ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการลงมือปฏิบัติในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งได้มาหลังจากที่ให้สมาชิกในเครือข่ายเก็บข้อมูลจากประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในตำบลท่าม่วง มาทำการสรุปผล และ จัดการสนทนากลุ่มแกนนำ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของเครือข่าย RDU Community ร่วมกันว่าเมื่อได้ลงมือปฏิบัติตามแผนที่ได้ร่วมกันวางไว้แล้ว ประชาชนมีความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนมากน้อยเพียงใด มีทัศนคติอย่างไรในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีปัญหาในการดำเนินการปฏิบัติหรือไม่อย่างไร เพื่อกำหนดเป็นข้อสรุป เพื่อพัฒนาในการดำเนินงานของเครือข่าย RDU Community ในครั้งต่อๆ ไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1.ประชากรที่ใช้ในการสนทนากลุ่มแกนนำในการสนทนากลุ่ม เพื่อสร้างเครือข่าย RDU Community :

1.ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน, กำนัน, ประธานชุมชน และสมาชิกเทศบาลท่าม่วง ที่ปฏิบัติงานมานานกว่า 6 เดือน จำนวน 15 คน

2.บุคลากรด้านสาธารณสุข รพ. และสสอ. ซึ่งได้แก่เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักวิชาการ รวมจำนวน 8 คน

3. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ปฏิบัติงานตำบลท่าม่วงเกินกว่า 6 เดือน จำนวน 189 คน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำ ทำการคัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 9 คน โดยคัดเลือกมาจาก 3 กลุ่มๆ ละ 3 คน

2.ประชากรในการเก็บข้อมูล

ประชากร คือเจ้าบ้านที่พักอาศัยในตำบลท่าม่วง จำนวน 4, 618 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1.ผู้ที่มีตำแหน่งเป็นเจ้าบ้านตามทะเบียนบ้านในตำบลท่าม่วง 2. มีอายุระหว่าง 20 – 70ปี 3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4. สมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตำบลท่าม่วงน้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือเจ้าบ้านที่พักอาศัยตามจำนวนครัวเรือนในตำบลท่าม่วง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีของ Cochran, WG.[8]

สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$n \quad \frac{(Z_{\beta})^2 \quad P \quad -P \quad P \quad -P}{P \quad -P}$$

โดยค่า p1 และ p2 ใช้จากผลการศึกษาของพัณนิดา สุริวงษ์และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์[9] เรื่องการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้สุขศึกษาเรื่องยาแก้ปวดของประชาชนในตำบลปิล๊อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 140คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ตามสัดส่วนหมู่บ้าน เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ หมู่บ้านแล้วจะนำมาสุ่มโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลพื้นฐานของตำบลท่าม่วง

แบบบันทึกการสังเกตและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และสสอ. ท่าม่วง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

2.1คำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มการสร้างเครือข่าย RDU Community

2.2แบบสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่มการสร้างเครือข่าย RDU Community

3.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3.1แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้และทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้ในการเก็บข้อมูลทั้ง pre test และ post test

4.เอกสารการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยจะเป็นคำแนะนำเบื้องต้นที่จะทำให้ประชาชนใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 3 ท่านได้ค่า IOC = 0.90 และ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค เท่ากับ 0.74

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับ การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี วันที่รับรอง 26สิงหาคม2567

ผลการวิจัย

ผลการสร้างเครือข่าย RDU Community ของตำบลท่าม่วง ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยใช้ PAR เป็นการบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาครัฐ และภาคของชุมชนในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยชุมชนเอง โดยมีภาครัฐเป็นผู้สนับสนุนการ ดำเนินงานด้านความรู้และการประสานงาน แทนการสั่งการลงไปสู่ภาคประชาชน ขั้นตอนการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การสังเกต โดยการสัมภาษณ์จากสาธารณสุขอำเภอท่าม่วงและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ RDU อำเภอท่าม่วง เพื่อสืบคนข้อมูลบริบทของชุมชนและปัญหาการใช้ยาในชุมชน เพื่อให้ทราบสภาพของตำบล และสภาพปัญหา พบว่ามีร้านยาประเภท ขย. 1จำนวน 8 ร้าน ร้านชำ จำนวน 32 ร้าน ซึ่งเป็นร้านที่มีการขายยาบรรจุเสร็จจำนวน 23 ร้าน ปัจจัยที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม คือ การซื้อยารับประทานเอง ทำให้เกิดการรับประทานยาซ้ำซ้อน ,การรับประทานยาไม่ถูกกับโรคหรือรับประทานยามากเกินความจำเป็น และการรับประทานยาที่ไม่ครบตามจำนวน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิด เป็นการจัดสนทนากลุ่มแกนนำตำบลท่ามวง ที่ได้รับคัดเลือกจาก

3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือจาก รพ. และสสอ. กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ เทศบาล อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่ม อสม. โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 9 คน เพื่อระดมความคิดแก้ไขปัญหาการใช้ยา ที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 สำหรับเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลของตำบลท่ามวง พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมากจะเน้นไปที่ยา 3 กลุ่ม ได้แก่ยาปฏิชีวนะ)Antibiotics) ยาต้านการอักเสบที่มิใช่สเตอรอยด์) NSAIDs) และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการปลอมปนสารสเตอรอยด์ สำหรับกลุ่ม RDU Community ต้องประกอบไปด้วย 3 กลุ่มประสานกัน ได้แก่ 1. ภาคท้องถิ่น เจ้าหน้าที่เทศบาลท่าม่วง เจ้าหน้าที่อบต.ท่าม่วง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน 2. ภาคประชาชน ได้แก่ อสม. จำนวน 10 คน และ3.ภาครัฐ ได้แก่ สสอ. จำนวน 3 คน และ เภสัชกร ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จำนวน 1 คน และนักวิชาการจากโรงพยาบาล จำนวน 2 คน

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน เป็นขั้นตอนที่สืบเนื่องจากขั้นตอนที่ 2 โดยวางแผนเรื่อง การจัดตั้งเครือข่าย RDU Community และการวางแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้ รวมถึงการดำเนินงานที่เป็นไปได้ และเหมาะสมกับชุมชนท่าม่วง

ขั้นตอนที่ 4 การลงมือปฏิบัติ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 4.1. การสร้างเครือข่าย RDU Community ของตำบลท่าม่วง ที่มีองค์ประกอบและเป้าหมายการดำเนินงานจากการระดมความคิดของกลุ่มแกนนำในขั้นตอนที่ 2 เตรียมความพร้อมสมาชิกเครือข่าย ให้มีความสามารถนำไปถ่ายทอดความรู้โดยเข้ารับการอบรมจากเภสัชกรรพ.ที่ดูแลเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน พร้อมเตรียมเอกสารประกอบ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่จะใช้ในการคำแนะนำ เบื้องต้นที่จะทำให้ประชาชนใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม โดยการให้ความรู้ ในครั้งนี้ทางเครือข่ายเสนอว่าการให้ความรู้ จะเป็นลักษณะให้เครือข่ายทีม อสม. ให้ความรู้ชนิดแนะนำเป็นรายบุคคลเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน 4.2 การวัดความรู้และทัศนคติของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ในการวัดผลการดำเนินงาน การสร้างเครือข่าย RDU Community ในครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 5 การแลกเปลี่ยน เป็นการนำผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 4 มาสรุปผล ซึ่งผลการดำเนินงานเป็นไปตามที่กำหนด และสุดท้ายมีการสรุปปัญหาการทำงานของเครือข่ายที่ผ่านมา ตั้งแต่ต้น และหาวิธีการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงาน จากนั้นนำผลที่ได้มาสรุปเป็น ผลการวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอในที่ประชุม คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานต่อไป

ผลการดำเนินงาน ของเครือข่าย RDU Community มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ55 . 7มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 35. 7 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 38. 6จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 45. 7 อาศัยอยู่ในตำบลท่าม่วงมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 58.6, มีสมาชิกในครอบครัว 5 คนขึ้นไป ร้อยละ48 . 6

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กลุ่มตัวอย่าง 140 คน มีความรู้หลังการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผล 3 กลุ่ม ได้แก่ยาปฏิชีวนะ)Antibiotics) ยาต้านการอักเสบที่มิใช่สเตอรอยด์) NSAIDs) และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสารสเตอรอยด์ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการอบรม และผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 60 โดยผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาสมเหตุผล ก่อนดำเนินการ พบว่ามีค่าเฉลี่ย8 .81±3. 01(ร้อยละ58 .73) หลังดำเนินการ พบว่าค่าเฉลี่ย10 .52±2. 86(ร้อยละ70 .13) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า p-value = 0.026 ดังตารางที่ 1 สำหรับระดับความรู้ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี) ร้อยละ60 -79) ทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ โดยก่อนให้ความรู้มีจำนวน 64 คน) ร้อยละ45 .7) และหลังให้ความรู้ จำนวน 85 คน) ร้อยละ60 .7) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า 3 ข้อที่

ได้คะแนนต่ำสุดได้แก่ 1.ยาปฏิชีวนะกับยาแก้อักเสบคือยาชนิดเดียวกัน (ร้อยละ50.7) 2.ยาปฏิชีวนะอาจทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้ (ร้อยละ57.1) และ 3.ควรใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ 2 ชนิดร่วมกันเพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาหรือหายเร็วขึ้น (ร้อยละ 60.0)

3.ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผลการวิจัยเปรียบเทียบหลังการดำเนินการพบว่า ก่อนการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเฉลี่ยอยู่ที่ 3.52±0.48 และหลังการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเฉลี่ยอยู่ที่ 3.96±0.32 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า p-value = 0.028 ดังตารางที่ 1 วิเคราะห์รายข้อที่มีทัศนคติต่ำสุดพบว่า 3 ข้อที่คะแนนต่ำสุดได้แก่ 1. เมื่อท่านมีอาการปวด ท่านสามารถหาซื้อยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ รับประทานเองได้โดย ไม่ต้องไปพบแพทย์หรือเภสัชกร (ร้อยละ 64.8) 2. ท่านสามารถรับประทานยาของผู้อื่นได้ ถ้าหากมีอาการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน (ร้อยละ 65.52) 3. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย เช่น ท้องเสีย, เป็นหวัด ท่านสามารถซื้อยารับประทานเองได้ (ร้อยละ 68.2)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผล ก่อนและหลังการให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย) ส่วนเบี่ยนเบนมาตรฐาน(		P - value
	ก่อนให้ความรู้	หลังให้วามรู้	
ความรู้	8. 81(3.01)	10. 52(2.86)	0.026*
ทัศนคติ	3.52 (0.48)	3.96 (0.32)	0.028*

*Sig p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครือข่าย RDU Community ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และเพื่อวัดผลการดำเนินงานของเครือข่าย RDU Community ในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ชุมชน มีเป้าหมายเพื่อต้องการที่จะแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ในชุมชนให้เป็นรูปธรรม ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51- 60ปี อาชีพค้าขาย เป็นคนดั้งเดิมในตำบลท่าม่วงอยู่มากกว่า 30 ปี และเป็นครอบครัวขยายกล่าวคือพักอาศัยมากกว่า 5 คนขึ้นไป ซึ่งจะเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในชุมชนมานานพอสมควร จากการดึงให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ด้วยตนเอง ตามกิจกรรมหลักของการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน ให้มีกระบวนการสร้าง ให้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) ที่เป็นปัญหาที่ต้องใช้การแก้ปัญหาแบบองค์รวม เนื่องจากปัญหาแต่ละด้านมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างชัดเจน ดังนั้นการดำเนินการแก้ไขปัญหา จึงต้องทำการวางแผนให้ครอบคลุม การดำเนินงานในลักษณะของเครือข่ายเป็นการประสานความร่วมมือกัน ระหว่างบุคคล หน่วยงานและองค์กรต่างๆ จึงสามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ และมีความต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี และผลการดำเนินงานของเครือข่าย ได้ผลสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกศิณี นันทมานพ[6] และการศึกษาของกมลรัตน์ นุ่มคง[10] ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน กับความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม พบว่าการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยใน การใช้ยาในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือจาก เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ร้านค้า ร้านชำ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการสร้างความตระหนักและให้ความรู้เกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย

องค์ประกอบของเครือข่าย เป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จเช่นกัน โดยอาจมีลักษณะต่างกันตามแต่บริบทในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจประกอบด้วย เภสัชกร รพ. สสอ. เจ้าหน้าที่ รพ.สต., อสม., ผู้ดูแลผู้ป่วย, ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา โรงเรียน หน่วยงานอำเภอ, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้ประกอบการ ได้แก่ ร้านขายยาและร้านขายของชำ, ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชิดชัย เชื้อบัณฑิต[8] การศึกษาของจีระศักดิ์ ทัพผา และคณะ[9] การศึกษาของฟ้ารุ่ง เลาหะนะวัฒนะ[10] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเครือข่าย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของเครือข่าย ได้แก่ ระบบปฏิบัติงานที่ดี, การมีส่วนร่วมของสมาชิก และทักษะรวมถึงความพร้อม ในการดำเนินงานของสมาชิกในเครือข่าย ดังนั้นถ้าเครือข่ายใดสามารถสร้างปัจจัยดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะสามารถดำเนินงานบรรลุเป้าหมายของเครือข่ายได้เป็นอย่างดี

เครือข่าย RDU community ของตำบลท่าม่วง ที่สร้างขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมและระดมความคิดของกลุ่มแกนนำ โดยได้ทำการกำหนดองค์ประกอบของเครือข่าย ซึ่งมาจากภาคท้องถิ่น ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาลท่าม่วง เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน ภาคประชาชน ได้แก่ อสม. จำนวน 10 คน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและดำเนินงาน และที่มาจากภาครัฐ ได้แก่ สสอ. จำนวน 3 คน และเภสัชกร ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19จำนวน 1 คน และนักวิชาการจากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์?ที่ 19 จำนวน 2 คน ซึ่งจะมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร จากการสนทนากลุ่มแกนนำเพื่อทำการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทัศนคติร่วมกัน ทำให้ทราบว่าชุมชนมีการรับรู้ปัญหาและสาเหตุของการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของประชาชน ในตำบลท่าม่วง ได้แก่ การซื้อยารับประทานเอง โดยยาที่ซื้อส่วนใหญ่จะเป็นยาแก้ปวดและคลายเส้น, ยาชุดแก้ปวด แก้ยอก และปัญหาการซื้อยาตามบุคคลอื่นหรือตามคำบอกเล่า โดยเหตุผลการใช้ยาเกิดจากมีอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน จึงทำให้ต้องซื้อยาแก้ปวดรับประทาน, รู้สึกว่ากินแล้วเห็นผลทันที เมื่อเทียบกับยาที่ได้รับยาจาก รพ.สต. หรือ จากโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มยาที่เป็นปัญหา เน้นหนักที่ 3กลุ่ม ได้แก่ 1. ยาปฏิชีวนะ)Antibiotics) 2. ยาต้านการอักเสบที่มิใช่สเตอรอยด์) NSAIDs) และ 3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการปลอมปนสารสเตอรอยด์ กลุ่มแกนนำจึงได้มีการร่วมกัน กำหนดวัตถุประสงค์ของเครือข่าย คือ เพื่อให้เป็นเครือข่ายที่มีความพร้อมในการ ดำเนินงาน มีความรู้และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป และเมื่อทำการวัดผลการดำเนินงานของเครือข่าย จากผลการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา 3กลุ่ม แก่ประชาชน โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้แบบสอบถาม ในรูปแบบ google form จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ถ้าความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการดำเนินการเสร็จสิ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.026) และทัศนคติในการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 3.52 ± 0.48 เป็น 3.96 ± 0.32 ซึ่งถือว่าการสร้างเครือข่าย RDU Community ในครั้งนี้ประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของเกศิณี นันทมานพ[6] และการศึกษาของกมลรัตน์ นุ่มคง[10] พบว่า การจัดการ ปัญหายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล ใช้ วัฒนธรรมท้องถิ่นในการให้ความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคยาอย่าง ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แก่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาย่างสมเหตุผล สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ p = 0.05 แต่จากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดโดยคิดว่ายาปฏิชีวนะกับยาแก้อักเสบ คือยาชนิดเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาผลการดำเนินงานของเครือข่าย RDU

community ด้วย PAR กรณีศึกษาการใปฏิชีวนะและ NSAIDs อย่างสมเหตุผล ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกยาปฏิชีวนะว่ายาแก้อักเสบ ร้อยละ 57.9 ดังนั้นเราจึงควรที่จะมีการให้ความรู้กับประชาชน ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเข้าใจผิดและเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับประชาชนต่อไป

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ การดำเนินการแก้ไขปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชน ในครั้งนี้ประสบความสำเร็จ คือ มีการจัดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบให้มีความสอดคล้องต่อเนื่องระหว่างบุคคล หน่วยงานและองค์กรต่างๆ จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ภาคประชาชน และทำการเชื่อมโยงลงสู่ชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนในการขับเคลื่อน และดำเนินการในลักษณะของเครือข่าย ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหา นับเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องเหมาะสมในชุมชนได้เป็นอย่างดี และสามารถนำไปสู่การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยการรับฟังปัญหา ให้ความสำคัญและเคารพความคิดเห็นของเครือข่ายเพราะเป็นความคิดในการแก้ไขปัญหา และจัดการปัญหาให้กับชุมชนด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเทพศักดิ์ อังคณาวิศัลย์และผณินชิสา มุสิกะไชย[14] พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการจัดการปัญหายาไม่ปลอดภัยในชุมชน คือ 1. การที่ทุกฝ่ายในชุมชนมีเป้าร่วมกันอย่างแท้จริง 2. ทุกฝ่ายที่ร่วมมือกัน ต้องเห็นพ้องร่วมกันว่าจะติดตามความก้าวหน้าหรือสำเร็จของโครงการอย่างไร 3. กิจกรรมของทุกฝ่ายในชุมชนที่ร่วมมือที่มีความแตกต่างหลากหลายตามความชำนาญของ แต่ละกลุ่ม แต่ต้องเติมเสริมพลังกัน 4. การประชุมอย่าง ต่อเนื่องและเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความรับผิดชอบต่อชุมชน และ 5. การมีองค์กร แกนกลางที่ทำหน้าที่ประสานงาน โดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์อันดีกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ในส่วนของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลชุมชน RDU Community มีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนที่น้อย จึงอาจกล่าวได้ว่า สถานการณ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนของจังหวัดกาญจนบุรีไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องด้วยจังหวัดกาญจนบุรี ในทุกระดับระดับอำเภอ หรือ ระดับตำบลยังไม่มีการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการผลักดันและขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนให้เป็นระบบอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อทำให้เกิดเครือข่าย RDU Community ที่มีศักยภาพในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรเสนอแนวคิด การทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เข้าสู่นโยบายระดับจังหวัด หรือระดับกระทรวง ในเรื่อง RDU Community เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

2. ควรส่งเสริมและพัฒนาเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานและมีเจตคติที่ดีต่อเครือข่าย RDU Community เพื่อให้เกิดความพร้อมและประสิทธิภาพ ในการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อศึกษาถึงศักยภาพและความยั่งยืนของเครือข่าย

2. ควรเพิ่มเครือข่าย ให้คลอบคลุม เช่น ผู้นำศาสนา และโรงเรียน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น และเพื่อให้ผลการดำเนินงานมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

3. เพื่อความสมบูรณ์ RDU Community ควรขยายผลการศึกษาให้ครอบคลุมปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล ในกลุ่มยาอื่นๆ เพื่อความครอบคลุมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งทิวา หมื่นปา,ภญ.นภาภรณ์ ภูริปัญญวานิช.(2559). การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(Rational Drug Use: RDU) [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์; 2559 [สืบค้นเมื่อ 15 เมย .2568].เข้าถึงจาก: https://www.pharmacycouncil.org/ccpe/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=209
2. ศาสตราจารย์ภักดี โพธิศิริ.(2560). การส่งเสริมธรรมาภิบาลในบริบทการใช้ยาอย่างสมเหตุผล .[อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 5เมย. 2568]. เข้าถึง จาก: http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/D1_S1_Pakdee.pdf
3. คณะกรรมการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด.(2565). วาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค ประจำเดือนพฤศจิกายน 2565 [รายงานการประชุม]. กาญจนบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี; 2565 พ.ย. 19.
4.คณะกรรมการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด.(2566). วาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค ประจำเดือนพฤศจิกายน 2566 [รายงานการประชุม]. กาญจนบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี; 2566 พ.ย. 18.
5. มารุต เหล็กเพชร.(2566). การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน:ในฐานะเครื่องมือและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการร่วมสร้าง ระบบสุขภาพชุมชนที่เกาะยาว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 6(4) : 301-315.
6. เกศินี นันทมานพ.(2564). ผลการดำเนินงานของเครือข่าย RDU COMMUNITY ด้วย PAR กรณีศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะ และ NSAIDs อย่างสมเหตุผล .[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]พิษณุโลก .: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
7. หฤทัย กมลศิริสกุล และคณะ.(2565). การถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในชุมชนเมืองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน :กรณีศึกษาชุมชนสะพานขาว เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร .วารสารร่มพฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก. 40)3(: 56 -76.
8. Cochran, W. G. (1963). Sampling Techniques, 2nd Ed., New York: John Wiley and Sons, Inc.
9. พัณนิดา สุริวงษ์และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์.(2563). การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้สุขศึกษาเรื่องยาแก้ปวดของประชาชนใน ตำบลบิ่ลิอ้อก อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี .วารสารสภาการสารธารณสุข. 3(2): 57-66.
10. กมลรัตน์ นุ่มคง.(2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยา ของประชาชน ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก [ดุษฎีนิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพาพ.
11. เชิดชัย เชื้อบัณฑิต.(2563). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุภาพผู้สูงอายุชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสภาสาธารณสุขชุมชน .2)2(: 109-125.
12. จีระศักดิ์ ทัพผาและคณะ.(2564). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยปทุมธานี .2)2(:86 -96.
13. ฟ้ารุ่ง เลาหะนะวัฒน.(2566). ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 3 (2):32 -44.
14. เทพศักดิ์ อังคณาวิศัลย์และผณินชิสา มุสิกะไชย.(2561). การถอดบทเรียนจากโครงการจัดการความปลอดภัยด้านยาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างปี 2558-2560. วารสารเภสัชกรรมไทย สงขลา. 10(1): 142-160.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา

Factors Associated with Medication Adherence Among Patients with Non-Communicable Diseases Who Use Polypharmacy Admitted to Songkhla Hospital.

(Received: May 17,2025 ; Revised: May 22,2025 ; Accepted: May 26,2025)

สรัญธร ทองวิเศษ[1]
Saruntorn Thongwiset[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลรวมถึงปัจจัยด้านสุขภาพและการใช้ยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 76.30 มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .310, p < .001) คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลหลัก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา (r= -.238, p =.003) รายได้ (r= -.162, p=.043) ความถี่ในการใช้ยา (r= -.405, p< .001) การมาตรวจตามนัด (r= -.301, p< .001) และการใช้สมุนไพรและอาหารเสริมร่วม (r= -.219, p<.05)

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การใช้ยาหลายขนาน

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study aimed at investigating factors associated with medication adherence among patients with chronic non-communicable diseases (NCDs) who are on polypharmacy and receiving treatment at Songkhla Hospital. The sample consisted of patients with chronic NCDs attending the outpatient department of Songkhla Hospital. Research instruments included a questionnaire on personal, health-related, and medication-related factors, as well as a medication adherence questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and standard deviation, and correlation analyses using Pearson's and Spearman's correlation coefficients.

The results revealed that the majority of patients (76.30%) had a high level of medication adherence. A statistically significant positive correlation was found between medication adherence and the presence of a primary caregiver (r = .310, p < .001). In contrast, statistically significant negative correlations were observed between medication adherence and the following factors: education level (r = –.238, p = .003), income (r = –.162, p = .043), medication frequency (r = –.405, p < .001), appointment adherence (r = –.301, p < .001), and concurrent use of herbal medicines and supplements (r = –.219, p < .05).

Keywords: Factors, Medication Adherence, non-communicable diseases, polypharmacy

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลา

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมาก[1] โดยมีผู้เสียชีวิตถึง 41 ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั่วโลก[2] สำหรับในประเทศไทย NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และสร้างภาระต่อระบบสุขภาพอย่างมาก[3] โรคกลุ่มนี้มีลักษณะเรื้อรังค่อยๆ แสดงอาการและรุนแรงขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา[4] ซึ่งโรคกลุ่มนี้ประกอบด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคอ้วน และมะเร็ง[5] ผู้ป่วย NCDs มักต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องและหลายชนิด (polypharmacy) ซึ่งการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างเหมาะสมมีความสำคัญเนื่องจากช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[6]

การใช้ยาหลายขนานเป็นเรื่องปกติในผู้ป่วย NCDs โดยทั่วไปหมายถึงการได้รับยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย NCDs ใช้ยาเฉลี่ย 3.8 ชนิด โดยบางรายได้รับมากถึง 13 ชนิด และมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับยาอย่างน้อย 2 ชนิด[7]การใช้ยาหลายขนานอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ เช่น ได้รับยาที่ไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากยา อัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อน การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และลดความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย[8] ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย NCDs ที่ได้รับยาหลายขนาน ได้แก่ ลืมรับประทานยา รับประทานผิดเวลา ใช้ยาเกินหรือขาด หยุดยาเอง รวมถึง การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม และขาดผู้ดูแลคอยเตือน นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 14.70 ของผู้สูงอายุในไทยใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยลืมรับประทานยาและขาดความรู้ในการใช้ยา[9] ความร่วมมือในการใช้ยามีผลต่อการควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำตาลสะสม และภาวะไตเสื่อม หากใช้ยาไม่เหมาะสม อาจลดประสิทธิภาพการรักษา และเพิ่มภาระงบประมาณและบุคลากรทางการแพทย์[10]

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและมีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีอัตราการใช้ยาไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 42.86 และมีการใช้ยาหลายชนิด (ตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป) ถึงร้อยละ 65.01 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด (≥5 รายการ) เพศหญิง และการมีโรคเรื้อรัง[11] นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8และมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในอัตราร้อยละ 60.7 ปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาคือด้านอาชีพ ขณะที่การมีงานทำกลับสัมพันธ์กับความร่วมมือลดลง[12] ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาและความถี่ในการใช้ยา รายได้ที่ไม่เพียงพอ ความรู้ด้านสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำหรือคำอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์[13] อย่างไรก็ตาม การศึกษาต่าง ๆ ข้างต้นมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ศึกษาและลักษณะประชากร เช่น เชื้อชาติ ความเชื่อทางศาสนา การเข้าถึงบริการสุขภาพ สถานภาพทางการเงิน รวมถึงปัจจัยใหม่ที่อาจเกิดขึ้นจากบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันมักมุ่งเน้นเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ขณะที่การศึกษาที่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย

โรงพยาบาลสงขลา เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก จากสถิติผู้ป่วยเข้ารับบริการในผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวันในปีงบประมาณ 2564-2567 (ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน พ.ศ. 2567) มีจำนวน 2,176 2,434 2,699 และ 3,035 คนตามลำดับ[14] และมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันรวมถึงกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคมะเร็ง โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จากสถิติปี พ.ศ. 2564-2567 (ถึง 19 สิงหาคม พ.ศ. 2567) มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15,824 15,910 16,802 และ 17,165 คน ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2,678 2,973 3,746 และ 3,602 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน จำนวน 8,986 8,752 8,954 และ 9,915 คน ตามลำดับ[14] จะเห็นได้ว่าสถิติของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยส่วนมากต้องได้รับการรักษาด้วยยา ดังนั้น ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญและเป็นประเด็นท้าทายทางด้านสาธารณสุขไทย ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม NCDs จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา เพื่อจะได้นำข้อมูลพื้นฐานที่ได้มาใช้ในการวางแผนรักษาและดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจตามมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพและการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค จากจำนวนทั้งหมด 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันรวมถึงกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคมะเร็ง 3) ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานอย่างน้อย 5 ชนิดขึ้นไป 4) ไม่มีประวัติหรือการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 5) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยพิจารณาจากคะแนน Thai Mini-Mental State Examination (Thai-MMSE) คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดตามระดับการศึกษา ดังนี้ ไม่มีการศึกษา ≥ 14 ระดับประถมศึกษา ≥ 17 และ ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ≥ 22 6) ลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในการสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้พิการทางกาย 2) ไม่ได้จัดยารับประทานด้วยตนเอง 3) มีภาวะโรคร่วมอื่นๆ ซึ่งเป็นโรคติดต่อ เช่น โรคติดเชื้อโควิด-19 โรคไข้หวัดใหญ่ และโรควัณโรคที่อยู่ระยะแพร่กระจายเชื้อ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% อำนาจการทดสอบ 0.9 และทดสอบแบบสองทาง

อ้างอิงขนาดอิทธิพล (effect size) 0.28 จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[14] ได้ผลลัพธ์ที่ 148 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มอีก 5%[16] รวมเป็น 156 คน กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 8 ข้อ ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) การนับถือศาสนา 5) ระดับการศึกษา 6) รายได้ครอบครัว 7) ความเพียงพอของรายได้ 8) สิทธิรักษาพยาบาล

2. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านนสุขภาพและการใช้ยา ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 10 ข้อ ดังนี้ 1) โรคประจำตัว 2) ระยะเวลาของการเป็นโรค 3) จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน 4) ความถี่ในการใช้ยา 5) การจัดยารับประทาน 6) อาการไม่พึงประสงค์จากยา 7) การได้รับทราบข้อมูลเรื่องยา 8) การมาตรวจตามนัด 9) ผู้ดูแลหลัก 10) สมุนไพรและอาหารเสริมที่ใช้ร่วม

3. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ประยุกต์ของวิภาภรณ์ วังวรตระกูล และคณะ[17]ประกอบด้วย การลืมรับประทานยา การลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง ความมั่นใจในการรับประทานยา การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรับประทานยา ทั้งหมด 20 ข้อ

ข้อคำถามมีลักษณะพฤติกรรมเหมาะสม ตอบใช่ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ได้ 0 คะแนน ได้แก่ข้อ 5,9,10,11,13 และ 19

ข้อคำถามมีลักษณะพฤติกรรมไม่เหมาะสม ตอบใช่ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17 และ 18

ข้อคำถามที่ 20 มีลักษณะความรู้สึกความยุ่งยากใจ ประเมินเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึก/ รู้สึกน้อยครั้ง รู้สึกนาน ๆ ครั้ง รู้สึกบางครั้ง รู้สึกบ่อยครั้ง และรู้สึกเป็นประจำ โดยได้คำตอบที่มีคะแนนตั้งแต่ 1, 0.75, 0.50, 0.25 และ 0 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวม 0-20 คะแนน แปลผลคะแนน[17] ดังนี้

คะแนน 1 - 7 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 8 - 14 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 15 - 20 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย NCDs 1 ท่าน 2) อายุรแพทย์เวชกรรมครอบครัวและเวชกรรมชุมชน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.96 จากนั้นตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลสงขลา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยทำหนังสือส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าสาขาแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยทั้งหมด

2. เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจและยินยอมสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเซนชื่อยินยอมเข้าร่วมเป็นหลักฐาน

3. ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความร่วมมือในการรับประทานยา และทดสอบกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบข้อมูลมีค่า > .05 แสดงถึงข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา กับความร่วมมือในการรับประทานยา ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) และใช้เกณฑ์แปลผลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ ความสัมพันธ์ระดับสูง (r > .70) ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (r = .30 - .70) และความสัมพันธ์ระดับต่ำ (r < .30)[18]

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลา รหัสโครงการ 2024-Md-In3-1091 ลงวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านนสุขภาพและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 156 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.20 ราย มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.10 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 79.50 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 58.30 ซึ่งส่วนมากมีความเพียงพอของรายได้ถึงร้อยละ 59.60 และกลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอมีถึงร้อยละ 39.10 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 78.20

กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป โรคหลักคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 64.10 โดยมีระยะเวลาของการเป็นโรคอยู่ในช่วง 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 37.80 รองลงมาคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 25.00 มีจำนวนยาที่ใช้ต่อวัน 5-6 เม็ดมากที่สุด ร้อยละ 43.60 และรับประทานยาสม่ำเสมอทุกวันมากที่สุด ร้อยละ 69.90 รองลงมาคือมีลืมรับประทานยาบ้างสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 27.60 ส่วนใหญ่จัดยารับประทานเอง ร้อยละ 97.40 มีเพียงร้อยละ 2.60 ที่ผู้ดูแลเป็นผู้จัดยาให้ กลุ่มเป็นโรคเบาหวานและได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเกิดอาการไม่พึงประสงค์คือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น มากที่สุดถึงร้อยละ 75.60 รองลงมาคือ กลุ่มเป็นโรคไขมันในเลือดสูงและได้รับยาลดไขมันในเลือดเกิดอาการไม่พึงประสงค์คือ มึนหัว ปวดหัว และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 5.80

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างละเอียดจากเภสัชกรมากที่สุด ร้อยละ 50.60 รองลงมาคือจากแพทย์เจ้าของไข้ร่วมด้วยถึงร้อยละ 25.60 ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอทุกครั้ง ร้อยละ 84.00 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล ต้องดูแลตนเองมากที่สุดร้อยละ 84.00 และมีบุตรหลานดูแลร้อยละ 10.90 สุดท้ายนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม ร้อยละ 69.90 มีเพียงร้อยละ 30.10 ที่ใช้สมุนไพรและอาหารเสริมร่วมด้วย เช่น ใบกระท่อม น้ำมันมะพร้าว สมุนไพรจีน แคปซูลมะระขี้นก เห็ดหลินจือ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ระดับของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา ร้อยละ 76.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 15-20 คะแนน รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 23.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 8-14 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพและการใช้ยา กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน พบว่า ระดับการศึกษา (r= -.238) รายได้ (r= -.162) ความถี่ในการใช้ยา (r= -.405) การ

มาตรวจตามนัด (r= -.301) และการใช้สมุนไพรและอาหารเสริมร่วม (r= -.219) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน (r= .310, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	*p-value*
เพศ	-.007	.927
อายุ	.085	.289
สถานภาพสมรส	-.061	.450
การนับถือศาสนา	-.008	.918
ระดับการศึกษา	-.238*	.003
รายได้	-.162*	.043
ความเพียงพอของรายได้	.120	.134
สิทธิรักษาพยาบาล	.002	.976
โรคประจำตัว	-.035	.667
ระยะเวลาของการเป็นโรค	.054	.502
จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน	-.111	.167
ความถี่ในการใช้ยา	-.405*	.000
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	.027	.735
การจัดยารับประทาน	-.060	.454
การได้รับทราบข้อมูลเรื่องยา	-.006	.938
การมาตรวจตามนัด	-.301*	.000
ผู้ดูแลหลัก	.310*	.000
สมุนไพร/อาหารเสริมที่ใช้ร่วม	-.219*	.006

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานในอยู่ในระดับสูง โดยมีปัจจัยเพียง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก คือ ผู้ดูแลหลัก ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี จึงไม่ได้พึ่งพาผู้ดูแลหลักในการจัดยาหรือช่วยเหลือด้านการรับประทานยา ส่วนผู้ดูแลทำหน้าที่ในการนำผู้ป่วยไปตรวจตามนัด รับยาตามนัด อีกทั้งยังคอยทำหน้าที่คอยเตือนและตรวจสอบว่ารับประทานยาแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร[15] และณัฐชนก กอบหิรัญกุล และคณะ[19] ที่พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะสามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตัวเอง แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่เป็นผู้คอยเตือนเวลารับประทานยาแต่ละมื้อ และช่วยดูแลควบคุมขณะผู้ป่วยรับประทานยา และให้คำแนะนำการรับประทานยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม

สำหรับปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา รายได้ ความถี่ในการใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการใช้สมุนไพรและอาหารเสริมร่วม พบว่ามีความสัมพันธ์

ทางลบกับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.003, p=.043, p= .000, p=.000, p=.006 ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจส่งผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาที่น้อยลง ทำให้การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ไม่เคร่งครัด ส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง นอกจากนี้ รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากน้อย อาจเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพที่จำเป็น ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเลือกหยุดยาเองหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดทางการเงินสำหรับความถี่ในการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาหลายขนานหรือบ่อยครั้งอาจรู้สึกยุ่งยากหรือเบื่อหน่าย ส่งผลให้ลืมหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานยา นอกจากนี้ การมาตรวจตามนัดเป็นประจำอาจสะท้อนว่าผู้ป่วยมีโรคที่ซับซ้อนหรือควบคุมได้ยาก ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางจิตใจและลดความร่วมมือในการรักษา ต่อมาการใช้สมุนไพรและอาหารเสริมร่วมกับยาแผนปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าการรักษาทางเลือกสามารถทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ อีกทั้งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ใบกระท่อม น้ำมันมะพร้าว สมุนไพรจีน แคปซูลมะระขี้นก เห็ดหลินจือ ซึ่งเป็นสมุนไพรในท้องถิ่นภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างหลายคนมีความเชื่อว่าสมุนไพรเหล่านี้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดระดับไขมันในเลือด และลดความดันโลหิตได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายลดหรือหยุดการใช้ยาหลัก นอกจากนี้ บางรายกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาแผนปัจจุบันและเลือกใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมแทน ซึ่งอาจลดประสิทธิภาพของการรักษาและทำให้การควบคุมโรคไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา แตงสาขา และคณะ[20] และ Alsolami et al.[21] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้อยู่ในระดับต่ำน้อยกว่า อีกทั้งอยู่ในชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่เดียวกัน จึงมีโอกาสได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำในการรับประทานยา และการดูแลสุขภาพจากบุคคลากรและเจ้าหน้าที่กลุ่มเดียวกัน ทำให้การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามีลักษณะคล้ายกัน

นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ความเพียงพอของรายได้ สิทธิรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาของการเป็นโรค จำนวนยาที่ใช้ต่อวัน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การจัดยารับประทาน และการได้รับทราบข้อมูลเรื่องยา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[21,23] ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยเหล่านี้และพบว่าปัจจัยบางอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา หนึ่งในเหตุผลที่ทำให้ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยามาจากความหลากหลายของผู้ป่วยในแง่มุมของพฤติกรรมส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมที่อยู่ตามความแตกต่างกันตามความเข้าใจและความพร้อมในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา หรือการปรับตัวกับการใช้ยาร่วมกับพฤติกรรมประจำวัน[24] นอกจากนี้การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาอาจมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยอื่นๆ ในการสร้างความร่วมมือในการใช้ยา อีกทั้งปัจจัยบางประการ เช่น การนับถือศาสนา หรือสถานภาพสมรส ไม่ได้มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาในชีวิตประจำวัน ในขณะที่สิทธิการรักษาพยาบาลและความเพียงพอของรายได้แม้ว่าจะมีความสำคัญในด้านการเข้าถึงการรักษา แต่ก็ไม่จำเป็นต้องมีผลกระทบโดยตรงต่อการที่ผู้ป่วยจะร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้อง[24-25]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แพทย์ และทีมสุขภาพควรพิจารณาปัจจัยด้านผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาและควร

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อสนับสนุนให้สามารถดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

1. ผลการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรหลายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบ และหลายตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน จึงเสนอให้มีการศึกษาในตัวแปรที่หลากหลายในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะของภาคใต้ต่อ

2. ศึกษาแนวทางในการพัฒนาในระบบบริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้เพื่อชะลอยั้งกับปัจจัยที่มีสัมพันธ์ทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรค

3. ควรศึกษาการสร้างความรอบรู้เรื่องยาในNCDs ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการสื่อสารของบุคลากร การรับสารของผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์และการตัดสินใจในการร่วมมือรับประทานยา

เอกสารอ้างอิง

1. Al-Hadlaq SM, Balto HA, Hassan WM, Marraiki NA, El-Ansary AK. Biomarkers of non-communicable chronic disease: an update on contemporary methods. PeerJ. 2022;10:e12977. https://doi.org/10.7717/peerj.12977 PMID: 35233297
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2022. World Health Organization; 2022. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/353048.
3. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf
4. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, et al. Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. Front Public Health. 2020;8:574111. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111 PMID: 33324597
5. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependente eldery people. Cien Saude Colet. 2021;26(1):77-88. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020 PMID: 33533865.
6. Matthias AT, Fernando GVMC, Somathilake BGGK, Prathapan S. Predictors and patterns of polypharmacy in chronic diseases in a middle-income country. Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol. 2021;13(6):158-65. PMID: 35103098
7. Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Medication management at home in older patients with polypharmacy: In-depth interviews with home visits. Pharm Pract (Granada). 2022;20(1):2600. https://doi.org/10.18549/PharmPract.2022.1.2600 PMID: 35497903
8. Al-Dahshan A, Al-Kubiasi N, Al-Zaidan M, Saeed W, Kehyayan V, Bougmiza I. Prevalence of polypharmacy and the association with non-communicable diseases in Qatari elderly patients attending primary healthcare centers: A cross-sectional study. PLoS One. 2020;15(6):e0234386. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234386 PMID: 32525902
9. Kim HJ, Yoon SJ, Oh IH, Lim JH, Kim YA. Medication adherence and the occurrence of complications in patients with newly diagnosed hypertension. Korean Circ J. 2016;46(3):384-93. https://doi.org/10.4070/kcj.2016.46.3.384 PMID: 27275175
10. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: A scoping review of qualitative research. Pharmaceutics. 2021;13(7):1100. https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100 PMID: 34371791

11. ลักษิกา เมธาคุปต์, รุ่งฤดี แสงคำ, ชญาณี สุขสมบัติเจริญ. การศึกษาความชุกของการได้รับยาไม่เหมาะสมและการใช้ยาร่วมกันหลายขนานของผู้ป่วยที่เข้ารับการคัดกรองผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2565–31 สิงหาคม พ.ศ. 2566. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567;18(3):785-800.
12. วิลาสินี ธนากรจักร. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ สกลนคร. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(3):1-13.
13. กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์, ปณิตา ลิมปะวัฒนะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลดงหลวง. วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;5(2),40–9.
14. ศูนย์ข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลสงขลา. รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติรอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://km.skhospital.go.th/wp-content/uploads/2024/05.
15. พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(1):13-24.
16. Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: World Health Organization; 1991.
17. วิภาภรณ์ วังวรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป, กนกพร หมู่พยัคฆ์. ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(1):131-39.
18. Grove S, Gray J. Understanding nursing research. 7th ed. London: Elsevier; 2019.
19. ณัฐชนก กอบหิรัญกุล, จารุมณฑ์ ชิโณรโส, ชื่นฤทัย ยี่เขียน. การเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของวิธีการจัดยาของญาติผู้ดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ใช้ยาหลายขนาน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(1):93-104.
20. กิตติมา แตงสาขา, วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, พรรณวดี พุธวัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล. 2562;25(1):87-101.
21. Alsolami F, Correa-Velez I, Hou XY. Factors affecting antihypertensive medications adherence among hypertensive patients in Saudi Arabia. Am J Med Sci. 2015;5(4):181-9.
22. Amininasab SS, Lolaty HA, Moosazadeh M, Shafipour V. Medication adherence and its predictors among patients with heart failure. Nursing and Midwifery Studies. 2018;7(2):81-6.
23. Heizomi H, Iraji Z, Vaezi R, Bhalla D, Morisky DE, Nadrian H. Gender differences in the associations between health literacy and medication adherence in hypertension: A population-based survey in heris county, Iran. Vasc Health Risk Manag. 2020;16:157-66. https://doi.org/10.2147/VHRM.S245052 PMID: 32368074
24. ประกาศิต ภักดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):928-35.
25. พรทิพย์ ลาภพล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2567;4(1):59-70.

ส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานราก และความสุขมวลรวมชุมชน
Promoting the enhancement of grassroots community income and gross community happiness.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

พรนภา เตียสุธิกุล[1] ชนัญชิตา อรุณแข[1]
Pornnapa Tiasuthikun[1] Chananchita Aroonkhae[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานราก และวัดระดับความสุขมวลรวมของชุมชน โดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และการประชุมกลุ่ม (Focus group) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่พระ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน

ผลการวิจัย 1) ส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานราก โดยชุมชนร่วมกันตัดสินใจนำเอกลักษณ์ของชุมชนเป็นตราผลิตภัณฑ์ภายใต้ชื่อ “สีทอง” ประกอบด้วย พริกแกงสีทองอบแห้ง น้ำพริกเผาสีทองหลอดบีบ น้ำพริกนรก น้ำพริกปลาย่าง หน่อไม้ดอง และเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายที่หลากหลายยิ่งขึ้น มีการขายตามเทศกาล และขายในระบบออนไลน์ นอกจากนั้น ชุมชนนำเศษวัสดุเหลือใช้ในการทำน้ำพริก หอม กระเทียม มะกรูด ตะไคร้ หรือเปลือกของหน่อไม้ไปทำน้ำหมักชีวภาพ เพื่อการจัดการขยะที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม 2) ระดับความสุขมวลรวมของชุมชน อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.09 ชุมชนมีความรู้สึกมั่นใจในความสามารถในการบริหารจัดการ การดำเนินชีวิตให้มีความสุข แก้ไขปัญหาเพื่อลดความห่วงกังวลต่างๆ ได้มาก แต่ละด้านเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านครอบครัวอบอุ่น ค่าเฉลี่ย 4.74 ด้านเศรษฐกิจเข้มแข็งเป็นธรรม ค่าเฉลี่ย 4.48 ด้านสุขภาวะดี ค่าเฉลี่ย 4.11 ด้านการบริการจัดการชุมชนดี ค่าเฉลี่ย 3.70 ด้านสภาพแวดล้อมดีมีสมดุล ค่าเฉลี่ย 3.17 และด้านประชาธิปไตยมีธรรมาภิบาล ค่าเฉลี่ย 2.93

คำสำคัญ: การยกระดับรายได้, ชุมชนฐานราก, ความสุขมวลรวม

Abstract

This participatory action research aims to promoting the enhancement of income for grassroots communities and to assess the level of gross community happiness. The research tools included in-depth interviews and focus group discussions. Key informants comprised local leaders, elderly residents, and community health volunteers from Phai Phra Subdistrict, Bang Sai District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, totaling 30 participants.

The findings revealed two main results. First, the community collaboratively decided to develop a local product brand named "Si Thong" (Golden Color), which includes a variety of chili pastes such as dried golden curry paste, golden roasted chili paste in squeeze tubes, chili paste with grilled fish, and pickled bamboo shoots. Distribution channels were expanded to include online sales and festival markets. Additionally, the community adopted eco-friendly practices by producing bio-fermented water from leftover ingredients such as garlic, shallots, kaffir lime, lemongrass, and bamboo peel. Second, the community’s gross happiness index was found to be at a high level (77.09%), indicating strong confidence in their ability to manage life factors and reduce stress. The happiness components, ranked from highest to lowest, were: warm families (average score 4.74), strong and fair community economy (4.48), good health and well-being (4.11), effective community governance (3.70), balanced environment (3.17), and democratic governance

[1] อาจารย์วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

with transparency (2.93). The results support the application of sufficiency economy principles and align with Thailand's BCG (Bio-Circular-Green) economic development model, emphasizing sustainable grassroots development through innovation, community identity, and ecological balance.

Keywords: enhancement of income, grassroots community, gross community happiness

บทนำ

หลักการพัฒนาประเทศไทยที่ผ่านมามุ่งเน้นการพัฒนาความก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อยกระดับการดำรงชีวิตของประชาชน ประเทศจะมีภาวะมั่งคั่งหรือยากจนสามารถพิจารณาได้จากรายได้ประชาชาติ (National income) หรือดัชนีที่ใช้ในการวิเคราะห์เศรษฐกิจของประเทศมีหลากหลาย อาทิ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product- GDP) หรือดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index-CPI) แต่ละด้านมีความหมายและประโยชน์ในการวิเคราะห์แตกต่างกัน ในส่วนของผู้บริหารประเทศมักจะพิจารณาจากผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ เพื่อทราบสถานะของระบบเศรษฐกิจเป็นอย่างไร มีการหมุนเวียนของรายได้และการใช้จ่ายของรัฐบาล (การลงทุนของภาครัฐ) การลงทุนจากเอกชนมูลค่าการส่งออก และการบริโภคของภาคเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนประชาชนมีรายได้ การครองชีพหรือความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นอย่างไร ถ้าเศรษฐกิจดี GDP สูง อาจกล่าวได้ว่าประชาชนก็จะมีเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุข แต่บางครั้งเศรษฐกิจดี GDP สูง แต่ความสุขของคนในประเทศไม่ได้แปรผันตาม GDP อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้องหรือต้องพิจารณาด้วย อาทิ ความเลื่อมล้ำในสังคมที่ขยายตัวมากขึ้น ปัญหาการว่างงาน หรือปัญหาหนี้สินเของประชาชนเพิ่มขึ้น[1]

คำว่า "ความเป็นอยู่ที่ดี" "ความอยู่ดีมีสุข" และ "ความอยู่เย็นเป็นสุข" มีต้นกำเนิดมาจากคำว่า "Well-being" "ความอยู่ดีมีสุข" เป็นคำที่สามารถใช้ได้กับทั้งปัจเจกบุคคล กลุ่มคน (เช่น ครอบครัว) หรือสังคม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 9 เป็นต้นมา ได้ให้ความหมาย "ความอยู่เย็นเป็นสุข" หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานทำอย่างทั่วถึง มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ มีครอบครัวอบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาวะที่ดี และอยู่ภายใต้การบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐ แนวคิดในการพัฒนาความสุขหรือการพัฒนาด้านสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นการปรับปรุงความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น คำว่า "ความอยู่ดีมีสุข" มีความหมายใกล้เคียงกับคำอื่น ๆ เช่น "ความสุข" (Happiness) "คุณภาพชีวิต" (Quality of life) ในประเทศต่าง ๆ มีการกำหนดตัวชี้วัดและดัชนีความอยู่ดีมีสุขระดับชาติ เช่น ตัวชี้วัดความก้าวหน้าของออสเตรเลีย (Measures of Australia's Progress: MAP) ตัวชี้วัดความสุขมวลรวมประชาชาติภูฏาน (Bhutan's Gross National Happiness: GNH) ความอยู่ดีมีสุขประชาชาติของสหราชอาณาจักร (UK's National Well–being) ความอยู่ดีมีสุขของญี่ปุ่น (Japan's National Well–being) และการสำรวจคุณภาพชีวิตของญี่ปุ่น (Japan's Quality of Life Survey: JQOLS) ซึ่งแต่ละประเทศก็จะกำหนดดัชนีหรือปัจจัยการวัดแตกต่างกัน[2]

สำหรับประเทศไทยได้มีการนำหลักการพัฒนาคน โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นต้นมา เพิ่มจากเดิมซึ่งเน้นการพัฒนาด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก ส่วนในฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้มีการเพิ่มหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมีวิสัยทัศน์คือ สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง ส่วนฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2555-2559) - ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2568) กำหนดเป้าหมายด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน

(Sustainable Development Goals-SDGs) เป็นกรอบการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เป็นกรอบคือ ประชากรมีความอยู่ดีมีสุขได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น มีการพัฒนาอย่างทั่วถึงทุกภาคส่วน ไม่มีประชาชนที่อยู่ในภาวะความยากจน “ความอยู่ดีมีสุข” คือเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ[3]

ในระดับชุมชนกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ได้เสนอดัชนีวัดความสุขมวลรวมของชุมชน (Gross Village Happiness - GVH) เพื่อสร้างความสุขชุมชน อยู่เย็น เป็นสุข นำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ หมู่บ้านพออยู่พอกิน หมู่บ้านอยู่ดีกินดี และหมู่บ้านมั่งมีศรีสุข ซึ่งเป็นการพัฒนาชุมชนตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง และได้กำหนดเกณฑ์ตั้งแต่ระดับครอบครัว หมู่บ้านและชุมชน การประเมินประชาชนจะได้รับประโยชน์ 3 อย่าง ประการแรก คือ ชุมชนมีกระบวนการประเมิน “อยู่เย็น เป็นสุข” หรือความสุขมวลรวมแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบส่งผลให้ชุมชนมีความสุขมวลรวมเพิ่มขึ้น ประการที่สอง ประชาชนมีความสุขเพิ่มขึ้น โดยการดำเนินชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง และประการที่สาม ชุมชนมีกระบวนการพัฒนาตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง นำไปสู่ความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยพื้นฐานร่วมในการสร้างความสุขของมนุษย์ 6 ประการ คือ การมีสุขภาวะที่ดีไม่เจ็บป่วย เศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็งและเป็นธรรม ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนมีการบริหารจัดการที่ดี สภาพแวดล้อมดีมีระบบนิเวศสมดุล และเป็นชุมชนประชาธิปไตยมีธรรมมาภิบาล[4]

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566 โดยข้อมูลรายได้ ค่าใช้จ่าย และหนี้สินของครัวเรือน ตั้งแต่ปี 2556 จนถึงปี2566 พบว่า ครัวเรือนทั่วประเทศ มีรายได้ทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของ ครัวเรือน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 25,194 บาท ในปี 2556 เป็น 29,030 บาท ในปี 2566 เช่นเดียวกันกับค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 19,061 บาท ในปี 2556 เป็น 23,695 บาท ในปี 2566 ส่วนหนี้สินเฉลี่ยต่อครัวเรือนทั้งสิ้น ในช่วงปี 2556 จนถึง 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มจาก 163,087 บาท ในปี 2556 เป็น 205,679 บาท ในปี 2564 และลดลงเป็น 197,255 บาท ในปี 2566 และจากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นพื้นฐานของคนในครัวเรือนในด้านต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้รายงานว่าส่วนแบ่งรายได้ของกลุ่มครัวเรือนในประเทศ ตลอด 12 ปี (พ.ศ. 2552-2564) ครัวเรือนฐานรากหรือครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุดร้อยละ 20 มีส่วนแบ่งรายได้ที่แตกต่างจากครัวเรือนที่มีรายได้มากที่สุดร้อยละ 20 อย่างมาก ซึ่งสะท้อนปัญหาความไม่เท่าเทียมด้านรายได้ยังคงมีอยู่และจัดอยู่ในระดับที่สูง กล่าวคือ ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุดร้อยละ 20 ถือครองรายได้เพียงร้อยละ 6.1 ในปี 2552 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 8.0 ในปี 2564 ในขณะที่ครัวเรือนที่รายได้มากที่สุดร้อยละ 20 กลับมีการถือครองรายได้สูงกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่น ๆ โดยแม้จะมีการถือครองรายได้ที่ลดลงจากร้อยละ 48.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 42.2 ในปี 2564 ก็ตามมีการถือครองรายได้ เกือบครึ่งหนึ่งของรายได้ทั้งประเทศ[5] ในส่วนของตำบลไผ่พระ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผู้มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 65 คน ส่วนข้อมูลระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (Thai People Map and Analytics Platform) ซึ่งได้รับการพัฒนาต่อยอดจากระบบบริหารจัดการข้อมูลคนจนแบบชี้เป้า ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มิติในด้านสุขภาพของตำบลไผ่พระเท่ากับ 4 คน ความยากจนสามารถวัดได้ 5 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ด้านความเป็นอยู่

จำนวน 4 ด้านการศึกษา จำนวน 13 ด้านเข้าถึงบริการภาครัฐ จำนวน 0 ส่วนด้านคนจนรายได้ จำนวน 30 คน[6]

จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำการวิจัยเรื่อง “ส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานรากและความสุขมวลรวมของชุมชน” ของตำบลไผ่พระ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อเป็นการส่งเสริมรายได้ของชุมชน การเพิ่มทักษะการประกอบอาชีพด้วยตนเองบนพื้นฐานทรัพยากรชุมชน รวมทั้งการเพิ่มช่องทางการจำหน่วยผลิตภัณฑ์ และวัดระดับความสุขของชุมชนเป็นอย่างไร ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์พื้นฐานสำหรับผู้บริหารชุมชนในวางแผนพัฒนาชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานราก
2. เพื่อวัดระดับความสุขมวลรวมของชุมชน

วิธีการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เน้นให้นักวิจัยและชุมชนได้ร่วมกันทำงานและแก้ไขปัญหาของชุมชน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ได้แก่ เอกสารทางวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดข้อคำถามไว้ก่อน แต่จะมีความยืดหยุ่นและเปิดกว้าง เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถซักถามรายละเอียด ประเด็นที่ต้องการให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และการประชุมกลุ่ม (Focus group) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านทฤษฎีและด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 3 คน สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลไผ่พระ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการจัดลำดับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนแรก เริ่มจากผู้วิจัยได้มีการศึกษาสภาพแวดล้อมของชุมชนตำบลไผ่พระ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของชุมชนตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ความสัมพันธ์ในด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ ปัญหาและข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ จากนั้นให้ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ข้อจำกัดการประกอบอาชีพ รวมทั้งสำรวจความพร้อมความต้องการของชุมชน เพื่อยกระดับรายได้ให้กับคนในชุมชนฐานราก

ขั้นตอนที่สอง จัดให้มีการประชุมกลุ่มย่อย แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินการ และร่วมกันรับผลประโยชน์ในการประกอบอาชีพด้วยตนเองบนพื้นฐานทรัพยากรชุมชน อาทิ การเพิ่มมูลค่าและการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายขึ้น ส่วนที่สองดำเนินการเกี่ยวกับการวัดระดับความสุขมวลรวมของชุมชน ตามองค์ประกอบปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความสุข 6 ประการ ได้แก่ การมีสุขภาวะที่ดี ไม่เจ็บป่วย เศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็งและเป็นธรรม ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนมีการบริหารจัดการที่ดี สภาพแวดล้อมดีมีระบบนิเวศสมดุล และเป็นชุมชนประชาธิปไตยมีธรรมาภิบาล

เกณฑ์การการประเมินและการแปลผล ผู้วิจัยปรับปรุงจากเกณฑ์การประเมินความสุขมวล

รวมของหมู่บ้านของกระทรวงมหาดไทย คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความสุขในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความสุขในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความสุขในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความสุขในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความสุขในระดับน้อยที่สุด สำหรับการแปลผลมี 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด เป็นความรู้สึกจากการดำเนิน ชีวิตไม่มีความสบาย มีความกังวล อยู่ตลอดเวลา

คะแนน 21-40 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการดำเนินชีวิต และการจัดการกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้บ้าง ยังมีความกังวลใจ ต้องการรับการช่วยเหลือจากภายนอก

คะแนน 41-60 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการดำเนินชีวิต ความรู้สึกที่มีความสามารถในการบริหารจัดการ มีความพอใจ สบายใจระดับเดียวกันหรือเท่าๆ กันกับความกังวลเป็นห่วงต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

คะแนน 61- 80 คะแนน หมายถึง ระดับมาก เป็นความรู้สึกมั่นใจในความสามารถในการบริหารจัดการปัจจัย การดำเนินชีวิตให้มีความสุข แก้ไขปัญหาเพื่อลดความห่วงกังวลต่างๆ ได้มาก

คะแนน 81 -100 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถในการบริหารจัดการปัจจัยการดำเนินชีวิต ทำให้รู้สึกพึงพอใจ สบายใจมากที่สุด

ขั้นตอนที่สาม มีการพัฒนาและปรับปรุงผลิตภัณฑ์น้ำพริก การพัฒนาบรรจุภัณฑ์ การกำจัดวัสดุเหลือใช้ รวมทั้งการเพิ่มช่องทางการจำหน่ายมากขึ้น วิธีการคือ ผู้วิจัยจะมีการติดตามสอบถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นระยะ ๆ เพื่อพิจารณาผลการดำเนินการ ปัญหา ข้อจำกัดในแต่ละขั้นตอนที่ทำกิจกรรมแล้ว หลังจากนี้จะมีการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์กำหนดแนวทางปรับปรุงต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาแยกแยะจัดกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ตามเนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในวัตถุประสงค์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ แปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และสรุปผลการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ตำบลไผ่พระ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับแต่งตั้งเป็นตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2475 สาเหตุที่ชื่อตำบลไผ่พระ เพราะเดิมพื้นที่มีป่าไผ่จำนวนมาก ต้นไผ่มีสีทองคล้ายจีวรพระ ตั้งแต่อดีตประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง และอาชีพค้าขาย พืชที่นิยมปลูกคือ ข้าว และการเลี้ยงสัตว์เพื่อบริโภคภายในครอบครัวและนำบางส่วนมาจำหน่ายเพื่อเป็นรายได้เสริม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีรายได้พอกินพอใช้ตามอัตภาพ ปัญหาของภาคเกษตรกรส่วนใหญ่มักปลูกพืชที่เป็นสินค้าโภคภัณฑ์ เช่น ข้าว หรือพืชล้มลุกตามฤดูกาล ถั่ว

แตงโม ส่วนหนึ่งพื้นที่เกษตรจะอยู่นอกเขตชลประทาน ทำให้บางครั้งขาดน้ำ การขาดแคลนแรงงาน เกษตรกรสูงอายุ การลงทุนค่อนข้างสูงทั้งด้านการจ้างงาน ค่าเช่าเครื่องจักร ค่าปุ๋ย ทำให้รายได้ไม่แน่นอน แม้ว่าเกษตรกรบางส่วนได้หันไปปลูกผลไม้พรีเมียมและทำเกษตรอินทรีย์ซึ่งทำให้ได้ราคาสูงขึ้น แต่ก็ยังเป็นส่วนน้อย และผลผลิตไม่แน่นอน ลักษณะชุมชนเป็นแบบผสมผสานระหว่างสังคมเกษตรกรรมและสังคมเมือง/กึ่งเมือง เนื่องจากตำบลไผ่พระมีระยะทางห่างจากกรุงเทพไม่มาก สภาพสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตยังยึดหลักขนบธรรมเนียม ประเพณีแบบดั่งเดิม ประชาชนมีความใกล้ชิดกันเหมือนญาติพี่น้อง มีความร่วมมือกันทำกิจกรรมในชุมชนรวมถึงงานด้านศาสนา งานบุญต่าง ๆ เช่น เข้าพรรษา ออกพรรษา ทอดกฐิน ผ้าป่า ตำบลไผ่พระไม่มีปัญหาอาชญากรรมรุนแรง แต่มีปัญหายาเสพติดในพื้นที่อยู่บ้าง เนื่องจากเป็นเส้นทางผ่านและเป็นเขตติดต่อกับอำเภอข้างเคียง

1. ส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานราก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความต้องการยกระดับรายได้จากการผลิตน้ำพริกแกง ซึ่งเดิมกลุ่มผู้สูงอายุได้มีการทำเป็นอาชีพเสริม หรือผลิตหลังจากการทำเกษตรกรรม โดยตามคำสั่งซื้อของลูกค้า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความต้องการผลิตน้ำพริกแกงมากขึ้น และเพิ่มช่องทางการขายให้มีความหลากหลาย ผลจากการพัฒนาผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงจากเดิม ได้มีการปรับปรุงและเพิ่มผลิตภัณฑ์น้ำพริกให้ง่ายในการใช้แต่ละครั้ง และสอดคล้องกับสังคมยุคใหม่หรือครัวเรือนขนาดเล็ก โดยดำเนินการออกแบบและนำจุดเด่นของชุมชน เอกลักษณ์ของชุมชนเป็นตราผลิตภัณฑ์ภายใต้ชื่อ “สีทอง” ประกอบด้วย 1) พริกแกงก้อนสีทองอบแห้ง เพื่อทำให้พริกแกงมีความทันสมัยในด้านรูปแบบเป็นก้อน ขนาดขนาด 20 กรัม เพื่อให้สะดวกกับการประกอบอาหารแต่ครั้ง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวขนาดเล็กขนาด 1-2 คน 2) น้ำพริกเผาสีทอง ชนิดแบบหลอดบีบ ขนาด 100 กรัม เพื่อให้ง่ายในการพกพาและการเก็บรักษา 3) น้ำพริกนรก และน้ำพริกปลาย่าง บรรจุในกระปุกขนาด 50 กรัม 500 กรัม และ 1,000 กรัม นอกจากการผลิตน้ำพริกแล้ว ชุมชนได้มีการนำหน่อไม้สีทองมาถนอมอาหารตามภูมิปัญญาชาวบ้านและเพิ่มมูลค่าของหน่อไม้ ส่วนเศษวัสดุต่าง ๆ เหลือใช้ในการผลิตน้ำพริกและหน่อไม้ ได้แก่ เปลือกหอม กระเทียม มะกรูด ตะไคร้นำไปผลิตเป็นน้ำหมักชีวภาพ เพื่อการจัดการขยะที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและนำไปใช้ในด้านเกษตรต่อไป นอกจากนี้ยังได้มีการเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายที่หลากหลายยิ่งขึ้น และเพิ่มขายในระบบออนไลน์ ซึ่งผลการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวชุมชนสามารถมีรายได้เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20

2. ผลการวัดระดับความสุขมวลรวมของชุมชน ตามเกณฑ์การประเมินความสุขมวลรวม คิดเป็นร้อยละ 77.09 ได้แก่ ***องค์ประกอบที่ 1*** การมีสุขภาวะ คะแนนเฉลี่ย 4.11 ประกอบด้วย 1.1 บุคคล มีความรู้ในการสร้างและรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย อายุยืนนาน 1.2 บุคคล มีสุขภาพจิตที่ดี ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม เชื่อมั่นในปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 1.3 บุคคล มีทักษะในการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข สร้างสรรค์ประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและ ชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพ ***องค์ประกอบที่ 2*** เศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็งเป็นธรรม คะแนนเฉลี่ย 4.74 ประกอบด้วย 2.1 ครอบครัว มีความมั่นคงในอาชีพ มีรายได้ที่เพียงพอเกิดจากการมีสัมมาชีพ 2.2 ชุมชนมีการกระจายรายได้ในกลุ่มต่างๆ ในชุมชนอย่างเป็นธรรม 2.3 ชุมชน มีกิจกรรมสร้างความมั่นคงเศรษฐกิจฐานราก มีและพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนต่อเนื่อง มีสถาบันการเงิน ***องค์ประกอบที่ 3*** ครอบครัวอบอุ่น คะแนนเฉลี่ย 4.48 ประกอบด้วย 3.1 ครอบครัวรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถดำรงความเป็นครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่ยั่งยืน 3.2 ครอบครัว มีการอบรม

เลี้ยงดูสมาชิกวัยเยาว์ให้เติบโตอย่างมีคุณภาพในวิถีชีวิตของความเป็นไทย 3.3 ครอบครัว ชุมชน เลี้ยงดูผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ***องค์ประกอบที่ 4*** คือ ชุมชนมีการบริหารจัดการชุมชนดี คะแนนเฉลี่ย 3.70 ประกอบด้วย 4.1 บุคคลและกลุ่มองค์กรณ์ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ที่ดีร่วมมือช่วยเหลือกัน 4.2 ชุมชนมีการบริหารจัดการที่ดี มีการใช้แผนชุมชนในการยกระดับคุณภาพชีวิตชุมชน 4.3 ชุมชนร่วมกับภาคีการพัฒนาที่มีบทบาทเกื้อหนุนกัน สร้างการทำงานภายในชุมชน 4.4 ชุมชนมีระบบการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 4.5 ชุมชนสามารถธำรงไว้ซึ่งคุณค่าของประเพณีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชนท้องถิ่น และความเป็นไทย องค์ประกอบที่ 5 สภาพแวดล้อมดีมีระบบนิเวศที่สมดุล คะแนนเฉลี่ย 3.17 ***ประกอบด้วย 5.1*** บุคคล ครอบครัวมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง 5.2 ชุมชนจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชนให้มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 5.3 ชุมชนมีบริการสาธารณูปโภคที่พอเพียง 5.4 ชุมชนมีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์และสภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพเพื่อสร้างสมดุลให้กับระบบนิเวศ และยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของคน ***องค์ประกอบที่ 6*** เป็นชุมชนประชาธิปไตยมีธรรมาภิบาล คะแนนเฉลี่ย 2.93 ประกอบด้วย 6.1 บุคคล มีศักดิ์ศรี มีสิทธิเสรีภาพและการยอมรับ และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นคนที่เท่าเทียมกันตามระบอบประชาธิปไตย 6.2 บุคคลปฏิบัติตามสิทธิ หน้าที่ กติกาประชาธิปไตย ไม่ซื้อสิทธิ์ขายเสียงในการใช้สิทธิ์เลือกตั้ง 6.3 ชุมชนมีธรรมาภิบาลชุมชนมีระบบการบริหารจัดการที่ยึดหลักความโปร่งใส คุ้มค่า เป็นธรรมรับผิดชอบ 6.4 ชุมชนมีวิธีแก้ปัญหาความขัดแย้ง สร้างความสันติสุขสมานฉันท์ในชุมชนโดยชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

1. ส่งเสริมการยกระดับรายได้ชุมชนฐานราก สรุปผลการวิจัยคือ ชุมชนตำบลไผ่พระ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้ร่วมมือกันคิด ตัดสินใจ และดำเนินการนำเอกลักษณ์ของชุมชนเป็นตราผลิตภัณฑ์ภายใต้ชื่อ “สีทอง” จากเดิมผลิตพริกแกงสำหรับเป็นอาชีพเสริม ได้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยเพิ่มมูลค่าด้วยการปรับปรุงพริกแกงให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้นทั้งด้านรสชาติ บรรจุภัณฑ์ ตามลำดับคือ พริกแกงสีทอง อบแห้ง น้ำพริกเผาสีทองหลอดบีบ น้ำพริกนรก น้ำพริกปลาย่าง หน่อไม้ดอง และการเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายที่หลากหลายยิ่งขึ้น และขายในระบบออนไลน์ นอกจากนั้นชุมชนนำเศษวัสดุเหลือใช้ในการทำน้ำพริก หอม กระเทียม มะกรูด ตะไคร้ หรือเปลือกของหน่อไม้ไปทำน้ำหมักชีวภาพเพื่อการจัดการขยะที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

2. จากผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและการวิจัยต่าง ๆ ประการแรกสอดคล้องกับปรัชญาของหลักเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาที่ตั้งบนพื้นฐานของทางสายกลาง และความไม่ประมาท คำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันในตัวเอง ตลอดจนใช้ความรู้และคุณธรรม เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ที่สำคัญจะต้องมี “สติปัญญา และความเพียร” ซึ่งจะนำไปสู่ “ความสุข” ในการดำเนินชีวิตอย่างแท้จริง การพัฒนาประเทศแทนที่จะเน้นการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมนำการพัฒนาประเทศ ควรที่จะสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจพื้นฐานก่อน นั่นคือ ทำให้ประชาชนในชนบทส่วนใหญ่พอมีพอกินก่อน เป็นแนวทางการพัฒนาที่เน้นการกระจายรายได้ เพื่อสร้างพื้นฐานและความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ก่อนเน้นการพัฒนาในระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ หลักเศรษฐกิจพอเพียงสามารถนำไปสู่เป้าหมายของการสร้างความมั่นคงในทางเศรษฐกิจได้ เพราะประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม เศรษฐกิจของประเทศจึงควรเน้นที่เศรษฐกิจการเกษตร เน้นความมั่นคงทางอาหาร เป็นการสร้างความมั่นคงให้เป็นระบบเศรษฐกิจในระดับหนึ่ง จึงเป็นระบบเศรษฐกิจที่

ช่วยลดความเสี่ยง หรือความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในระยะยาวได้ ประการที่สอง การที่ชุมชนมีการนำเศษวัสดุเหลือใช้ไปผลิตน้ำหมักชีวภาพสอดคล้องกับโมเดลเศรษฐกิจใหม่ (BCG Economy) หรือโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน “BCG Economy” เป็นการพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวม 3 มิติคือ 1) ด้านเศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy) กล่าวคือ ส่งเสริมการจัดการขยะในชุมชนด้วยการทำน้ำหมักชีวภาพจากเศษวัสดุเหลือใช้ในการน้ำพริก และการนำเปลือกของหน่อไม้เพื่อการจัดการขยะที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม 2) ด้านเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) เกิดกิจกรรมการพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์และความหลากหลายของผลิตภัณฑ์การนำภูมิปัญญาชาวบ้านมาทำให้เกิดผลิตภัณฑ์หน่อไม้ดอง เพราะชุมชนมีต้นไผ่เป็นจำนวนมากจึงสามารถนำหน่อไม้มาดอง เพื่อยืดอายุคุณภาพของอาหารมาเป็นสินค้าที่ยกระดับให้กับชุมชน 3) ด้านเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) โดยการส่งเสริมให้ชุมชนมีการปลูกพืชผักสวนครัวปลอดสาร เช่น พริก มะกรูด ตะไคร้ หอม กระเทียม เพื่อนำมาขายให้แก่กลุ่มที่ทำน้ำพริกแกง ทำให้สิ่งแวดล้อมของชุมชนดีขึ้น เกิดการรวมกลุ่มอาชีพและคนในชุมชนมีความสุขจากการมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไทยด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG ข้อ 2 การพัฒนาชุมชนและเศรษฐกิจฐานรากให้เข้มแข็งด้วยทุนทรัพยากรอัตลักษณ์ ความคิดสร้างสรรค์ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ซึ่งช่วยให้การเพิ่มอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและยกระดับรายได้ของประชากร ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ผู้ที่อยู่ในเศรษฐกิจฐานรากลดลง การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไทยด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG ซึ่งเป็นการพัฒนาเศรษฐกิจที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการพัฒนาเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาสังคมและการรักษาสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนไปพร้อมกัน โดยเปลี่ยนข้อได้เปรียบที่มีความหลากหลายทางชีวภาพและวัฒนธรรมให้เป็นความสามารถในการแข่งขันด้วยนวัตกรรม เกิดการกระจายรายได้ลงสู่ชุมชน ลดความเหลื่อมล้ำชุมชนเข้มแข็ง

3. ระดับความสุขมวลรวมของชุมชน สรุปผลการวิจัยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.09 ชุมชนมีความรู้สึกมั่นใจในความสามารถในการบริหารจัดการปัจจัย การดำเนินชีวิตให้มีความสุข แก้ไขปัญหาเพื่อลดความห่วงกังวลต่างๆ ได้มาก แต่ละด้านเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านครอบครัวอบอุ่น ค่าเฉลี่ย 4.74 ด้านเศรษฐกิจเข้มแข็งเป็นธรรม ค่าเฉลี่ย 4.48 ด้านสุขภาวะดี ค่าเฉลี่ยระดับ 4.11 ด้านการบริการจัดการชุมชนดี ค่าเฉลี่ย 3.70 ด้านสภาพแวดล้อมดีมีสมดุล ค่าเฉลี่ย 3.17 และด้านประชาธิปไตยมีธรรมาภิบาล ค่าเฉลี่ย 2.93 มีผลสอดคล้องกับงานวิจัยของซูลฟีกอร์ มาโซ และคณะ หัวข้อ แนวทางการประเมินความสุขมวลรวมชุมชนในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเชิงพื้นที่ในมิติ ครัวเรือนยากจนและผู้ด้อยโอกาส พบว่า เครื่องมือวัดระดับความสุขมวลรวมชุมชนของครัวเรือนยากจนและผู้ด้อยโอกาสมี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีสุขภาวะ ด้านเศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็งเป็นธรรม ด้านครอบครัวอบอุ่น ด้านการบริหาร จัดการชุมชนดี ด้านการมีสภาพแวดล้อมดีมีระบบนิเวศที่สมดุล และด้านเป็นชุมชนประชาธิปไตยที่มีธรรมาภิบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยาณี เสนาสุ ได้ศึกษาวิจัยหัวข้อ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทย พบว่า ตัวแปรระดับการศึกษา และรายได้/รายจ่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ในขณะที่ตัวแปรเชิงเศรษฐกิจสังคมอื่น ๆ ให้ผลที่หลากหลาย และความสุขสามารถสร้างได้จากหลายวิธี ณ ระดับสังคม ความสุขที่สูงขึ้น สำหรับประชาชนสามารถเกิดขึ้นได้จากนโยบายที่มุ่งไปในการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ความผูกพันในครอบครัว คุณภาพที่สูงของชุมชนและคุณภาพชีวิตในการทำงาน ประชาชนที่มีความสุขย่อมได้เปรียบกว่าผู้ที่มีความทุกข์ รัฐบาลหรือผู้มีอำนาจในการกำหนด

นโยบายควรเข้าใจ และตระหนักว่าความสุขเป็นสิ่งที่มีคุณค่า และมีมุมมองที่ชัดเจนต่อประชาชนที่เขารับผิดชอบ ดังนั้นควรบรรจุประเด็นเกี่ยวกับความสุขไว้ในนโยบายการเมือง

นอกจากนี้สอดคล้องกับ ปิยะวัฒน์ เจริญศักดิ์ และ ปัทพร สุคนธมาน[8] ได้วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในภาวะการเงิน รายได้ การออม และหนี้สินกับความสุขของแรงงานสูงอายุไทย ผลการวิจัยเมื่อมีการวิเคราะห์ความสุขกับความพึงพอใจในภาวะการเงิน พบว่า ในกรณีที่ควบคุมตัวแปรความพึงพอใจในภาวะการเงิน ไม่ว่าแรงงานสูงอายุจะมีรายได้เท่าไรก็มีระดับของความสุขที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการวิเคราะห์ความสุขกับความพึงพอใจในภาวะการเงิน พบว่า ในกรณีที่ควบคุมตัวแปรความพึงพอใจในภาวะการเงิน แรงงานสูงอายุที่มีการออมในระดับ 200,000 - 399,999 บาท มีความสุขมากกว่าแรงงานสูงอายุที่ไม่มีการออม ในขณะที่เมื่อไม่ได้นำเรื่องความพึงพอใจในภาวะการเงินมาวิเคราะห์ร่วมด้วยพบว่า แรงงานสูงอายุที่มีการออมในระดับเงินออมที่ต่ำกว่า 25,000 บาท และระดับเงินออมที่ 50,000 - 399,999 บาทมีความสุขมากกว่าแรงงานสูงอายุที่ไม่มีการออม อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ด้านเป้าหมายของการพัฒนาเศรษฐกิจและทุนชุมชน การพัฒนาเศรษฐกิจและทุนชุมชนระดับที่ 1 ระดับครอบครัวคือ ทุกครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี “กินอิ่ม นอนอุ่น ทุนมี หนี้ลด” มีหลักการ 4 ด้านคือ เริ่มจากการอยู่ดีกินดี (ปากท้องอิ่ม) ด้านการเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต ด้านผลผลิตขายได้ มีรายได้ที่มั่นคง และด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจแข็งแรง นอกจากนี้ยังสามารถพัฒนาไปสู่ระดับที่สูงขึ้นคือ ระดับที่ 2 ระดับกลุ่มองค์กร/ชุมชน/หมู่บ้าน โดยมีกลุ่มองค์กรชุมชนด้านเศรษฐกิจและทุนชุมชนที่เข้มแข็ง มีความมั่นคงทางอาหาร ทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ สุขภาพกายใจแข็งแรง ระดับที่ 3 คือระดับพื้นที่/ตำบล มีฐานงานเศรษฐกิจและทุนชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อนำไปสู่ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ระดับที่ 4 คือ ระดับจังหวัด เป็นการเชื่อมโยงเครือข่ายเศรษฐกิจและทุนชุมชน ที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาระดับนโยบาย เพื่อยกระดับให้เป็นจังหวัดการตนเองด้านเศรษฐกิจและทุนชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะเกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1) ผู้บริหารชุมชนควรมีการขยายการดำเนินงานการยกระดับรายได้ของชุมชนในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสร้างรายได้เพิ่มจากครัวเรือนเป็นระดับหมู่บ้าน และตำบลไผ่พระ

2) ผู้บริหารควรส่งเสริมมาตรฐานของน้ำพริกต่าง ๆ จนได้การรับรองมาตรฐานด้านอาหาร เช่น อาหารปลอยภัย อาหารออร์กานิค หรือผ่านการพิจารณาด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยถูกต้องตรงตามมาตรฐานเกณฑ์การผลิตจากสำนักงานอาหารและยา

3) ผู้บริหารควรมีการติดตาม และส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์น้ำพริกต่าง ๆ และส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้เป็นสินค้าระดับห้าดาว หรือสินค้าโอท้อปของชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) เพื่อให้การวิจัยมีความหลากหลายและต่อเนื่อง ควรทำการวิจัยในเชิงปริมาณของชุมชนและการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มอื่น ๆ

2) ควรมีการวัดระดับรายได้และความสุขมวลรวมของชุมชน ในองค์ประกอบอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). ความอยู่ดีมีสุขในสังคมไทย: ความฝันหรือความจริง.โรงพิมพ์เดือนตุลา.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2562). สรุปสาระสำคัญแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561- 2580). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (อินเตอร์เน็ต). สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2568. แหล่งข้อมูล https://www.nesdc.go.th/download/document/NSCR/Masterplan2566-2580.pdf.
4. มูลนิธิชัยพัฒนา. (2568). หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. (อินเตอร์เน็ต). สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2568 แหล่งข้อมูล https://www.chaipat.or.th/publication/publish-document/sufficiency-economy/item/1309-2010-06-03-09-50-07.html.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). ครัวเรือนฐานราก พ.ศ. 2564. เผยแพร่โดย กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา.
6. องค์การบริหารส่วนตำบลไผ่พระ อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (อินเตอร์เน็ต). สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2568. แหล่งข้อมูล http://phaiphra.go.th
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566) รายงานสถานะตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ.2566. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2568. แหล่งข้อมูล https://www.nso.go.th/public/e-book/Indicators-SDG/Thai_SDGs_2566/10/
8. ปิยะวัฒน์ เจริญศักดิ์, ปัทพร สุคนธมาน. (2024). ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในภาวะการเงิน รายได้การออม และหนี้สินกับความสุขของแรงงานสูงอายุไทย. *วารสารสหวิทยาการนวัตกรรมปริทรรศน์*, *7*(5), 1–13.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

Development of Blood Sugar control model in Diabetic mellitus type II patients through Community Participation in the Pueinoi District of Khon Kaen Province.

(Received: May 19,2025 ; Revised: May 22,2025 ; Accepted: May 23,2025)

พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์[1]
Pittayapoom Siripaopradist[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ 2.ระยะปฏิบัติการ 3.ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 89 คน บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแล ภาคีเครือข่าย และแกนนำชุมชน รวม 28 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 9.02 ± 1.16 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) ร้อยละ 5.1 และหลังการพัฒนารูปแบบฯพบว่า มีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเหลือ 7.24 ± 0.5 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.4 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.85 ± 1.77 คะแนน และหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 14.0 ± 0.86 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2 , เวชศาสตร์ป้องกัน , รูปแบบการควบคุมโรคเบาหวาน , การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This Study was Action Research.The Research objective is to develop a model of blood sugar control in Diabetic mellitus type II patient through community participation in Puei Noi District, Khonkaen Province.This research procedure is divided into 3 phase : 1. Situation analysis phase 2. Action Phase 3.Evaluation phase.The representative samples consisted of 89 patients with uncontrolled Blood Sugar , Health personal,Caregivers,Stakeholders and 28 community leaders. While the research benefited from quantitative and qualitative data,The data are analyzed by using content analysis and descriptive statistics,including percentage,mean,Standard deviation and p-value

The results showed HbA1C before improved new Diatic mellitus type II System is 9.02 ± 1.16 % and After New system is 7.24 ± 0.5 % with Significant Statistic. The Diabetic mellitus type II knowledge before new system is 8.85 ± 1.77 points and after new system 14.0 ± 0.86 point with Significant Statistic.

Keywords: Diabetic mellitus type II , Preventive Medicine , Diabetic mellitus Control Model , Community Participation

[1] แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพเรื้อรัง ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเป็นโรคเบาหวานสูงมากขึ้น จากรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี 2567 พบมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกถึง 422 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [1] โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน ความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากปัญหาโรคอ้วนและพฤติกรรมการใช้ชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ประมาณหนึ่งแสนคนต่อปี ในปัจจุบันมีคนไทยเป็นโรคเบาหวานอยู่ประมาณ 5.2 ล้านคน หรือ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป กำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในจำนวนนี้ประมาณ 40% ที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน ขณะที่ผู้ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียง 54.1% หรือเพียง 2.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน ปัญหาหลักของการควบคุมโรคเบาหวานในประเทศไทย คือ การที่ผู้เป็นโรคเบาหวาน ไม่ตระหนักว่าเป็นโรคแม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการไม่คุมพฤติกรรมการใช้ชีวิต ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตหลักๆคือภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง [2]

สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น 3 ปีย้อนหลังปี 2564-2566 พบว่า อัตราป่วยคิดเป็น 7,633.33, 7,733.33,8,466.67 ต่อแสนประชากร และอัตราเสียชีวิต 13.3 คนต่อแสนประชากร ปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอเปือยน้อยพบว่าแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี และมีผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้มากขึ้นซึ่งเป็นผลจากทั้งขาดความรู้ ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ปรับพฤติกรรมและไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา [3] การดำเนินงานจากการศึกษางานย้อนหลังของโรงพยาบาลเปือยน้อยส่วนใหญ่เน้นให้ความรู้ในโรงพยาบาล แต่ยังขาดโครงการให้ความรู้ในชุมชน รวมถึงการทำงานโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center พบว่า อัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 7.6 % ในปี 2564 มีการเพิ่มขึ้นเป็น 8.5 %ในปี 2566 จากสถานการณ์ดังกล่าว หากผู้ป่วยสามารถคุมโรคเบาหวานให้ดีขึ้น จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ โดยเป้าหมายของการคุมระดับน้ำตาลในโรคเบาหวาน จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2566 โดยระดับน้ำตาลในเลือดควรอยู่ที่ 80-130 มก./ดล. และ HbA1C < 7 % และในผู้สูงอายุ > 65ปี HbA1C < 8%[4]

กรอบการทำงานสำหรับบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการดูแลต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จากการผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลเปือยน้อย พบว่า แนวทางการรักษาเดิมของโรงพยาบาลเปือยน้อย มุ่งเน้นการรักษาเพียงตัวโรค โดยยึดให้ผู้รักษาเป็นศูนย์กลาง แต่หลักการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรยึดการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประยุกต์ทั้งเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานหลายๆแขนงเข้าด้วยกัน รวมทั้งการป้องกันในระดับต่างๆของการเป็นโรค การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการประกอบการให้คำแนะนำในการรักษาที่ยึดบริบทการใช้ชีวิตของผู้รับบริการเป็นที่ตั้ง และคำแนะนำการให้บริการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข [5] ที่เน้น การส่งเสริม และป้องกันโรคมากขึ้น ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ปัญหา โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างบูรณาการ ลดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องเบาหวานแล้วในอำเภอเปือยน้อย แต่ยังพบปัญหาด้านพฤติกรรมทั้งในด้านการคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ซึ่งแนวคิดทางเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกันจะช่วยในการแก้ปัญหาเหล่านี้ได้มากขึ้น ในงานวิจัยนี้จะช่วยพัฒนารูปแบบเฉพาะที่เหมาะสมกับพื้นที่ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดในการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจกับความหลากหลายของผู้ป่วยในแต่ละบริบททางสังคม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถคุมระดับน้ำตาล ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้แนวคิดและหลักแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน และ เวชศาสตร์ครอบครัว โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะกับบริบทพื้นที่ได้ดีมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานแบบที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป รวมทั้งหมด 293 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมวิจัยดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้ามาศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานแบบที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกเบาหวานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg% หรือ HbA1C > 7 %) 3) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมอื่นที่คุมได้ดี เช่น ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น 4) คัดเลือกผู้มีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้อง แต่ละวิชาชีพดังนี้

-อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ที่เคยอบรมความรู้เบาหวานและให้ความรู้ คัดกรองเบาหวานแก่ชุมชน อย่างน้อย 1 ปี

-ผู้นำชุมชน เคยอบรมความรู้เบาหวานและให้ความรู้เบาหวานแก่ชุมชน อย่างน้อย 1 ปี

-สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล,ตัวแทนครอบครัวในชุมชน,เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เคยได้รับการอบรมความรู้เรื่องเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดประชากรออกจากการศึกษา(Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตั้งครรภ์ 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ติดเตียง 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่บกพร่องทางการได้ยิน หรือ มีปัญหาด้านการสื่อสาร 4) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ย้ายที่อยู่อาศัยไม่สามารถติดตามได้ โดยมีกลุ่มผู้ทำการศึกษาตามเกณฑ์คุณสมบัติที่คัดเข้าจำนวน 89 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน จำนวน 2

คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ตัวแทนครอบครัวในชุมชนจำนวน 6 คน องค์กรภาครัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 คน

วิธีการศึกษา

ในงานวิจัยนี้ใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิดและหลักแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว โดยอาศัยชุมชนมีส่วนร่วม ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ด้วยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอนวิจัย ทั้งหมด 4 ขั้นตอนได้แก่

1.การวางแผนโดยใช้กระบวนการ Appreciation-Influence-Control [AIC]

2.การปฏิบัติการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน

3.การสังเกตผลการปฏิบัติงาน

4.การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีพื้นที่การศึกษา คือ ตำบลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยคัดเลือกประชากรตามเกณฑ์และมีระยะเวลาการศึกษา ทั้งหมด 6 เดือนตั้งแต่มีนาคม 2568 - กันยายน 2568

วัดผลการวิจัยตามระยะศึกษา ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ วัดผลการวิจัยข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการให้ข้อมูลของผู้ป่วย ภาคีเครือข่าย บุคลากรสาธารณสุข

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ เป็นระยะที่การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่การสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ การจัดประชุมร่วมกัน โดยวางแผนการมีส่วนร่วมชุมชน แบ่งเป็นการทำงานอย่างน้อย 2 วงรอบ

ระยะที่ 3 การประเมินผล วัดผลความรู้หลังจากมีการพัฒนาซ้ำอีกครั้ง ใช้สถิติในการวัดผลความรู้ก่อนหลัง โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วัดผลลัพธ์เชิงคุณภาพจากการพัฒนาระบบจากวงรอบในการพัฒนา และใช้แบบประเมินความพึงพอใจหลังจากการพัฒนา โดยใช้สถิติ ร้อยละ ในการแปลผล

เครื่องมือที่ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการ AIC และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน (2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและข้อมูลทั่วไป และ แบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะและบริบทใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม(Reliability) โดยใช้ Cronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 ข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตการประชุมเชิงปฏิบัติการ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โรงพยาบาลเปือยน้อย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง รับผิดชอบประชากรรวม 20,692 คน พื้นที่รับผิดชอบ 4 ตำบล 32 หมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง กลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรกประจำปี 2568 ได้แก่ 1. Diabetic mellitus type II 2.Hypertension 3.Diarrhea การวิเคราะห์สถานการณ์ 3 กลุ่มดังนี้

1.กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ ในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน มีนาคม 2568 – เมษายน 2568 จำนวน 117 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.1 โดยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 65.8 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 98.3 อีกทั้งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร/ประมง ร้อยละ 63.2 รองลงมาคือ รับจ้าง และ ค้าขาย/อาชีพอิสระ ร้อยละ 22.2 และ 10.3 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 55.6) สำหรับการมีญาติสายตรง ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบร้อยละ 68.4 ส่วนใหญ่เป็น พ่อ/แม่ ร้อยละ 32.5 มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 87.2 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาปัจจุบันเป็นยาเม็ดยาฉีด ร้อยละ 44.4 ในส่วนของการมีอาการของเบาหวาน หรือภาวะแทรกซ้อน พบอาการชาปลายมือเท้า มากที่สุด ร้อยละ 77.8 รองลงมาได้แก่ ตาพร่ามัว และ ปัสสาวะบ่อย ร้อยละ 46.2 และ 27.4 ตามลำดับ และการมีโรคประจำตัวร่วมอื่นๆ พบร้อยละ 96.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 82.9 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง และ ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 69.2 และ 18.8 ตามลำดับ

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ปรับเปลี่ยน “ ฉันเป็นเบาหวานมาหลายปี ไม่มีอาการผิดปกติ กินยาตามแพทย์สั่ง กินอาหารนอกบ้านบ้าง คุมบ้างไม่คุมบ้าง ส่วนใหญ่ไม่ได้คุมมากนัก ไม่อยากได้ยาฉีด อาหารกินตามปกติ ส่วนใหญ่ทำกินเอง”

สำหรับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และความรู้โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 9.02 ± 1.16 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) ร้อยละ 5.1 และหลังการพัฒนารูปแบบฯพบว่า มีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเหลือ 7.24 ± 0.5 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.4 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.85 ± 1.77 คะแนน และหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 14.0 ± 0.86 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ HbA1c และความรู้โรคเบาหวานก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

ประเด็น	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		p-value [a]
	Mean	SD	Mean	SD	
HbA1c	9.02	1.16	7.24	0.50	< 0.001*
ความรู้โรคเบาหวาน	8.85	1.77	14.00	0.86	< 0.001*

*Statistically significant at α < 0.05, statistical use: [a]=Paired t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลได้ (HbA1c < 7) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

ประเด็น	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		p-value [a]
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ควบคุมได้	6	5.1	66	56.4	< 0.001*
ควบคุมไม่ได้	111	94.9	51	43.6	

*Statistically significant at $\alpha < 0.05$, statistical use: [a]= McNemar Test

2.บุคลากรสาธารณสุข ที่ผ่านมาโรงพยาบาลให้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยการดูแลผู้ป่วยเชิงรับ ขาดการดูแลแบบสหสาขา ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ได้สอนหรือซักถามผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่มีการติดตามอย่างใกล้ชิดลงชุมชน แพทย์มีเวลาคุยกับผู้ป่วยน้อย พูดคุยระยะเวลาสั้นๆ หากพบว่าน้ำตาลในเลือดสูง ก็ปรับยากินขึ้น บางรายเพิ่มยาฉีด ไม่ได้เยี่ยมบ้าน ขาดการดูแลต่อเนื่อง ไม่ได้แก้ต้นตอของปัญหา

3.ภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้ทำในพื้นที่ ไม่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ โดย 1. สร้างทีมวิจัยในพื้นที่ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนาการ กายภาพบำบัด อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนชุมชน และครอบครัว 2.จัดประชุมหาวิธีร่วมกัน ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มีการดำเนินงาน 3 วงรอบเล็ก ได้แก่

วงรอบที่ 1 จัดกิจกรรมสนทนาสร้างแรงจูงใจ ในกลุ่มผู้ป่วย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องความรู้เบาหวาน 1 วัน แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล สอนการคุมอาหารที่ถูกวิธี โดยนักโภชนาการ และสอนการออกกำลังกายโดยนักกายภาพ

วงรอบที่ 2 ปัญหาที่พบจากวงรอบที่ 1 คือ ประชาชนมีความรู้ในกลุ่มแคบ ยังมีประชาชนหลายคนไม่มีความรู้ ผู้ป่วยบางคนซื้ออาหารจากร้าน ร้านไม่ช่วยคุมปริมาณน้ำตาล ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีเวลาออกกำลังกาย

การพัฒนาในวงรอบที่ 2 การจัดกิจกรรมให้ความรู้ชุมชน ผ่านวิทยุกระจายเสียงชุมชนในเชิงรุก และการจัดกิจกรรมเต้นแอโรบิคฟรีทุกวันที่โรงพยาบาล

วงรอบที่ 3 ปัญหาที่พบจากวงรอบที่ 2 คือ ประชาชนมีความรู้มากขึ้น แต่ยังขาดความตระหนักของร้านค้าในชุมชนที่ยังขายอาหารรสหวานให้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง

การพัฒนาในวงรอบที่ 3 ได้แก่ การจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ได้แก่ ร้านค้าในชุมชน ผู้ประกอบอาหาร ให้ความรู้แก่ชุมชนในการประกอบอาหารแก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยนักโภชนาการ ให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้รับประทานอาหารที่ถูกวิธีสำหรับโรค จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน ได้ทราบสถานการณ์และการมีส่วนร่วม และจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคเบาหวานระดับอำเภอ เพื่อกำกับติดตามอย่างยั่งยืน

ระยะที่ 3 การประเมินผล

1. สรุปรูปแบบการพัฒนาได้ดังนี้ 1.คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ตามเกณฑ์การคัดกรอง 2. พบแพทย์ให้คำปรึกษาตามแนวทาง Lifestyle Medicine, Motivation interview ตั้ง Smart gold ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 3.พบทีมสหวิชาชีพ 4. วางแผนมีส่วนร่วมกับชุมชน AIC 5.เยี่ยมบ้านประเมินผลและติดตาม 6.สะท้อนผลการควบคุมโรคเบาหวานเป็นภาวะเร่งด่วนในการแก้ปัญหา กำหนดนโยบายสาธารณะ จัดเวทีประชาคม รับฟังความคิดเห็น

นำมาตรการมาใช้ในพื้นที่ ยกระดับการส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สนับสนุนให้พัฒนาการอำเภอมีบทบาทเด่นมากขึ้น ใช้ประโยชน์จากศูนย์ผู้นำจิตอาสาพัฒนาชุมชน ทำให้เรื่องการดูแลสุขภาพไม่ใช่เรื่องของสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวแต่เป็นเรื่องของทุกคนในหน่วยงาน

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ พบว่า “ช่วงแรกฉันหงุดหงิดจากการงดข้าวเหนียวที่กินเป็นประจำ อารมณ์ร้อน รู้สึกหิว ไม่สบายตัว แต่พอเห็นเพื่อนทำได้ฉันก็ทำ ชุมชนคอยให้กำลังใจ ร้านค้าขายของห็ฉันเหมือนปกติ แต่รู้สึกหวานลดลง หลังจากฉันผ่านมาได้ น้ำหนักฉันลงไป ตั้ง 2 กิโลแหน่ะหมอ รู้สึกตัวเบาขึ้น เคลื่อนไหวได้ดี รู้สึกดีมากขึ้น มีลูกหลานมาคอยให้กำลังใจฉัน รู้สึกสุขภาพแข็งแรงมากขึ้น” (ID-0099)

สรุปและอภิปรายผล

ผลพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการใชกระบวนการเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวางแผน แบบมีส่วนร่วม (AIC) การดำเนินงานแบมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และนักวิจัยในการดำเนินกิจกรรม ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภาวดี พันธ์หนองโพน และคณะ [8] เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพ ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย 1) กลุ่มบริหาร จำนวน 15 คน 2) กลุ่มภาคประชาชน จำนวน 94 คน 3) กลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 124 คน ระยะเวลาดำเนินการเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2562 ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ในระดับที่ควบคุมได้มากขึ้นโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้โรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.85 ± 1.77 คะแนน และหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 14.0 ± 0.86 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งก่อนการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เท่ากับ 9.02 ± 1.16 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) ร้อยละ 5.1 และหลังการพัฒนารูปแบบฯพบว่า มีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเหลือ 7.24 ± 0.5 % โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.4 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรวรรณ บูรณสมภพ [9] ได้ศึกษา ผลของการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดชนิด HbA1C ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามนัดตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 66 -มีนาคม 67 ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 60 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01 และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย (HbA1C)แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 การศึกษาของ Starfield พบว่าการดูแลผู้ป่วย

เป็นศูนย์กลางและดูแลต่อเนื่อง สามารถลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ลดความพิการจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ดังนั้นควรมีการสนับสนุนตามแนวทางเวชศาสตร์ป้องกันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของ ทำให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1.ทำวงรอบใหญ่ขึ้น ใช้ระยะเวลาในการศึกษาพฤติกรรมนานขึ้น จะทำให้มองเห็นปัญหาได้กว้างขึ้นและแก้ปัญหาอย่างถูกวิธีมากขึ้น รวมทั้ง สามารถคุมน้ำตาลอย่างยั่งยืนได้

2.บูรณาการในภาพรวมที่ใหญ่ขึ้น เช่น จังหวัดทำ Role Model เป็นตัวอย่าง และพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน จะทำให้คุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Diabetic melliutus overview [Internet].[Cited 2024 May 15] ,Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
2. สถิติโรคเบาหวานและการระบาดในประเทศไทย[อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2567] .แหล่งข้อมูล: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1
3. หน่วยงานระบาดโรงพยาบาลเปือยน้อย. การมารับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ในช่วงปี 2564-2566.ขอนแก่น:งานระบาดโรงพยาบาลเปือยน้อย;2567.เลขที่รายงาน 265
4. เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน[อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม2567] . แหล่งข้อมูล: https://www.rama.mahidol.ac.th/sdmc/sites/default/files/public/pdf/World_Diabetes_day57.pdf
5. ยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปีประเทศไทย[อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม2567] . แหล่งข้อมูล: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
6. ความหมายและเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน [อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม2567] . แหล่งข้อมูล: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/understand-diabetes/understand-diabetes-2
7. การมีส่วนร่วมของชุมชน [อินเตอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม2567] . แหล่งข้อมูล: http://dspace.spu.ac.th/bitstream/123456789/7990/6/6.%20%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%202.pdf
8. ศุภาวดี พันธ์หนองโพน,วรพจน์ พรหมสัตยพรต,ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน –มิถุนายน2563[อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247369/168045
9. อุไรวรรณ บูรณสมภพ.ผลของการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดชนิด HbA1Cของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.วารสารสาธารณสุขสุราษฎร์ธานี[อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://srth.go.th/research/file/20240430161843-63_2567%20%E0%B8%AD%E0%B8%B8%E0%B9%84%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%93%20%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%9E.pdf

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร.

Factors Influencing Community Participation in Community Base Treatment and Rehabilitation (CBTx) in Tambon Nong Waeng Tai, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province.

(Received: May 27,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

อนุชา ริยะบุตร[1]
Anuchar Riyabutr[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในพื้นที่ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการชุดปฏิบัติการระดับตำบล จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.95) และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha = 0.95) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68) อายุเฉลี่ย 52.4 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 56) และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ชุมชนมีระดับการรับรู้และเข้าใจในแนวทาง CBTx อยู่ในระดับสูง และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างแข็งขัน (ร้อยละ 96) บทบาทสำคัญคือการวางแผนและสนับสนุนผู้ป่วยหลังบำบัด ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 60) และการมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกันระหว่างภาครัฐและชุมชน (ร้อยละ 64)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด CBTx ระบบสุขภาพชุมชน

Abstract

This study aimed to identify factors influencing community participation in the treatment and rehabilitation of drug addicts through the Community-Based Treatment model (CBTx) in Nong Waeng Tai Subdistrict, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. This survey research by cross-sectional design was used, with data collected from 25 community operational committee members using a structured questionnaire, validated for content (IOC = 0.95) and reliability (Cronbach's alpha = 0.95). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Findings indicated that most respondents were male (68%), with an average age of 52.4 years, primarily engaged in agriculture (56%), and having monthly incomes below 10,000 baht. The community demonstrated high awareness and understanding of CBTx, with 96% actively participating, notably in planning and providing support to recovering addicts. Most respondents strongly agreed on integrating local wisdom with modern medical practices (60%) and emphasized shared responsibility between government agencies and the community (64%).

Keywords: community participation drug rehabilitation. CBTx community health system

[1] ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ มาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่ผู้ป่วยยาเสพติดมักประสบกับการตีตราและขาดการสนับสนุนในการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม หรือ CBTx (Community-Based Treatment and Rehabilitation) เป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในกระบวนการฟื้นฟู โดยผสมผสานการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ครอบครัว อาสาสมัคร และองค์กรต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูที่ครอบคลุมและยั่งยืน จากข้อมูลพบว่าอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในประเทศไทยยังคงสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้อัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 70-90 และ สถิติผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ปี 2562 – 2566 จำนวน 5,638 (39.41) , 5,188 (34.95) , 4,140 (35.17) , 6,106 (36.49) และ 7,139 (37.09)[1] จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำยังคงเป็นความท้าทายสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

ตำบลหนองแวงใต้เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมในด้านทรัพยากรชุมชนและความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งสามารถใช้เป็นต้นแบบในการดำเนินการ CBTx ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการประชาคมสร้างการรับรู้ในชุมชน พบว่า มีผู้ใช้ยาและสารเสพติดในชุมชน จำนวน 25 ราย ทั้งหมดเป็นผู้ใช้ยาบ้า (ร้อยละ 100) ซึ่งหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ อาจจะส่งผลให้กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในอนาคตได้ ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 ตำบลหนองแวงใต้ ได้ดำเนินการรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) จำนวน 3 หมู่บ้าน (ร้อยละ 20) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในรูปแบบ CBTx ตำบลหนองแวงใต้ จำนวน 25 ราย ได้รับการบำบัดจนครบโปรแกรม จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 100) และอยู่ระหว่างการติดตามจนครบ 1 ปี[2]

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในตำบลหนองแวงใต้

2. เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ตำบลหนองแวงใต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในตำบลหนองแวงใต้ เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) และเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ คณะกรรมการชุดปฏิบัติการระดับตำบล ตำบลหนองแวงใต้ จำนวน 25 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นคณะกรรมการชุดปฏิบัติการระดับตำบล ตำบลหนองแวงใต้ 2) เป็นเพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้มีประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการชุดปฏิบัติการระดับตำบล ตำบลหนองแวงใต้ ติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 4) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดีและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก 1) เป็น / เคยเป็นผู้ป่วย หรือญาติ ผู้ป่วยยาเสพติดหรือจิตเวช 2) เป็นผู้ที่เคยมีประวัติการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดหรือจิตเวช หรือปัจจุบันกำลังรักษาอยู่
3) ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษาต่อไป หรือขอลาออกระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการชุดปฏิบัติการระดับตำบล ตำบลหนองแวงใต้ ประกอบด้วย 7 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหายาเสพติดในชุมชน 3) การรับรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม 4) การมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด 5) ความคิดเห็นต่อการบูรณาการความร่วมมือในการบำบัดรักษา 6) ความคิดเห็นต่อผลลัพธ์และผลกระทบของการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม 7) ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการส่งแบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการชุดปฏิบัติการระดับตำบล ตำบลหนองแวงใต้ จำนวน 25 คน ให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามเอง และเก็บเอกสารมาตรวจสอบ และรวบรวมเพื่อนำไปบันทึกในโปรแกรมกระดาษคำนวณ ก่อนการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA Ver.16

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistical) ใช้วิเคราะห์ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN-REC 2025 - 005

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากการตอบแบบสอบถาม ของ กลุ่มประชากร จำนวน 25 คน (N = 25) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.00 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 32.00 มีอายุสูงสุด คือ 66 ปี และมีอายุต่ำสุด คือ 30 ปี อายุโดยเฉลี่ย 52.4±9.25 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 32.00 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.00 อาชีพหลักส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมา คือ ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 36.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุดอยู่ในช่วงต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.00 รองลงมา คือ ช่วง 10,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.00 และสถานภาพในชุมชนส่วนใหญ่ คือ ผู้นำชุมชน คิดเป็นร้อยละ 32.00 รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 24.00

ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหายาเสพติดในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหายาเสพติดในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.00 รองลงมา คือ ระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ยาเสพติด โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ให้การช่วยเหลือหรือบำบัด คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมา คือ ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้อง คิดเป็นร้อยละ 16.00

การรับรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา พบว่า ประชากรมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 52.00 รองลงมาคือระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.00 มีความเข้าใจบทบาทของชุมชนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 52.00 รองลงมาคือระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.00 คิดว่าการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.00 และคิดว่าชุมชนของท่านมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.00

ความคิดเห็นต่อการบูรณาการความร่วมมือในการบำบัดรักษา

ประชากรส่วนใหญ่ คิดว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชนเห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมา คือ เห็นด้วย ร้อยละ 36.00 คิดว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนเห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมา คือ เห็นด้วย ร้อยละ 32.00 คิดว่าภาคเอกชนและประชาสังคมควรเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมากขึ้นเห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ เห็นด้วย ร้อยละ 40.00 คิดว่าการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาเห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ เห็นด้วย ร้อยละ 40.00 คิดว่าการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจะช่วยลดปัญหายาเสพติดในชุมชนได้อย่างยั่งยืนเห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมา คือ เห็นด้วย ร้อยละ 36.00

ความคิดเห็นต่อผลลัพธ์และผลกระทบของการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ประชากรส่วนใหญ่ คิดว่าการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมจะช่วยลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำทำได้ คิดเป็นร้อยละ 76.00 รองลงมา คือ ไม่แน่ใจ คิดเป็นร้อยละ 16.00 คิดว่าการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจะดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมา คือ ดีขึ้นมาก คิดเป็นร้อยละ 16.00 คิดว่าการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมจะส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนทำให้เข้มแข็งขึ้น คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมา คือ เข้มแข็งขึ้นมาก คิดเป็นร้อยละ 28.00

ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค

ประชากรส่วนใหญ่ คิดว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม คือ การขาดความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมา คือ การขาดความรู้และทักษะของชุมชนและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 16.00

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเห็นได้ชัดว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้และทัศนคติที่ดีของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดรักษา ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติด

ยาเสพเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[3] ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวส่งผลต่อความสำเร็จของกระบวนการบำบัด

นอกจากนี้ ผลวิจัยยังสอดคล้องกับแนวคิดของสุพัฒน์ วิเศษวงษา[4]เรื่องการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชนและนริศ คมจิตร[5] เรื่องผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ.

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการส่งเสริมและขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเน้นการอบรมและสร้างความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้มากขึ้น

2) ควรมีการสร้างและขยายเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรท้องถิ่นเพื่อให้การดำเนินการมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

3) ควรใช้แนวทางบูรณาการระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนปัจจุบันในการพัฒนารูปแบบ CBTx ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.), (2566). จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2563-2567. Online : URL http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=5260&Itemid=53
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวงใต้ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. (2567) ระบบ บสต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวงใต้ ปี 2567
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558). มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและ FAST MODEL. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2558
4. สุพัฒน์ วิเศษวงษา. (2566) การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 (2024)
5. นริศ คมจิตร. (2566) ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 (2024)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น

The effectiveness of the registered nurse competency development program in preventing phlebitis in patients receiving peripheral venous catheters in a male medicine ward Khon Kaen Hospital.

(Received: May 20,2025 ; Revised: May 23,2025 ; Accepted: May 26,2025)

นิ่มนวล อิ้งชัยภูมิ[1] จุฬาภรณ์ โสตะ[2]
Nimnuan Engchaipoom[1] Chulaporn Sota[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ภายใต้กรอบแนวคิดองค์ประกอบสมรรถนะของ McClelland (1973) และทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ โดยมุ่งเน้นพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ รวมทั้งศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ แบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) และมีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.00, S.D. = 0.00)

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ, หลอดเลือดดำอักเสบ,โปรแกรม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a competency development program for registered nurses in enhancing knowledge, skills, and attitudes toward the prevention of phlebitis in patients receiving peripheral venous catheters. The study was based on McClelland's (1973) competency components and Gagné's learning theory. Additionally, it aimed to assess the satisfaction of nurses participating in the program. The sample consisted of 30 registered nurses providing care to patients receiving peripheral catheters in a male medicine ward Khon Kaen Hospital. during March–April 2025. Research instruments included a competency development program, questionnaires, knowledge tests, and a nursing performance assessment tool for phlebitis prevention. Data analysis was performed using descriptive statistics in conjunction with a paired samples t-test.

The results showed that after participating in the program, the nurses demonstrated a statistically significant improvement (p-value < 0.001) in knowledge, skills, and attitudes toward phlebitis prevention. Moreover, the participants reported the highest level of satisfaction with the program (Mean = 3.00, S.D. = 0.00).

Keywords: Nursing competency, Phlebitis, program

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
[2] คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

บทนำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral intravenous infusion) เป็นหัตถการที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อให้สารน้ำ สารอาหาร ให้ยาหรือส่วนประกอบของเลือดที่มีความจำเป็นต่อการรักษาอย่างไรก็ตาม การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเส้นเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด เส้นเลือดดำแข็งตัว หรือเนื้อตายเฉพาะที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย เช่น อายุ โรคประจำตัว และความรุนแรงของการเจ็บป่วย และปัจจัยภายนอก เช่น เทคนิคการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ คุณภาพของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และคุณสมบัติทางเคมีของยาและสารน้ำ โดยเฉพาะค่า pH และ Osmolarity ที่หากมีความเข้มข้นมากเกินที่หลอดเลือดสามารถรับได้ จะส่งผลกระทบต่อผนังหลอดเลือดและทำให้เกิดการอักเสบได้ ทั้งนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดดำอักเสบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการ (เกรด 0) ไปจนถึงมีอาการรุนแรง เช่น ปวด บวม แดง มีเส้นแข็ง และมีหนอง (เกรด 4) ซึ่งหากไม่ป้องกันหรือดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถป้องกันและจัดการภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อผู้ป่วยและหน่วยบริการสุขภาพ[1]

สมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการทั้งในหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน โดยสมรรถนะ (Competency) หมายถึง ความสามารถของบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สะท้อนผ่านการปฏิบัติงาน[2] แนวคิดแม่แบบภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg Model) แบ่งสมรรถนะออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่สามารถมองเห็นได้ชัด ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) และส่วนที่มองไม่เห็น ได้แก่ แรงจูงใจ คุณลักษณะส่วนบุคคล บทบาททางสังคม และภาพลักษณ์ตนเอง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน[3] ทั้งนี้ สมรรถนะจะมีลักษณะแตกต่างกันตามบริบทของวิชาชีพ หน่วยงาน และสถานที่ปฏิบัติงาน[4] โดยสมรรถนะในตำแหน่งงานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สมรรถนะหลัก (Core Competency) ที่สะท้อนวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (Professional Competency) ที่แสดงลักษณะเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ และสมรรถนะเชิงเทคนิค (Technical Competency) ที่เกี่ยวข้องกับทักษะเฉพาะในการปฏิบัติงาน[5]

โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A และให้บริการระดับตติยภูมิได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แม้จะมีระบบบริการและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน แต่จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2564–2566 พบว่าอัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบระดับ 3 ขึ้นไปยังสูงกว่าค่ามาตรฐาน คือ 0.20,0.12,0.23 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ อีกทั้งยังพบปัญหาการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกัน เนื่องจากการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง และการขาดแนวปฏิบัติที่เป็นระบบและชัดเจน ส่งผลให้การ

เรียนรู้ส่วนใหญ่เป็นแบบสอนในหน้างาน (on the job training) ที่ขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการจัดการภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ซึ่งมีผลให้พยาบาลปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องตามแนวทาง ดังนั้น การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะปฏิบัติ และทัศนคติของพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและญาติในการเข้ารับบริการ

ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยออกแบบโปรแกรมการสอนที่เหมาะสมกับเทคโนโลยีปัจจุบันตามทฤษฎีการเรียนรู้ของโรเบิร์ต กาเย่ ซึ่งประกอบด้วยหลักการสอน 9 ประการ โดยการจัดรูปแบบกิจกรรม 5 กิจกรรมใน 2 รูปแบบ ได้แก่ การบรรยายและการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและยกระดับประสิทธิภาพการทำงานในหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้น.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (One group Pre-post test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่มีหน้าที่ในการให้บริการในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 32 ท่าน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กำหนดกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ทั้งหมด 30 ท่าน ตามเกณฑ์คุณลักษณะการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ.2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบเป็นคำถามปลายปิดให้เลือก ตอบ 1 ตัวเลือก จาก 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 กำหนดลักษณะเนื้อหาด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายดังนี้ แนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ความรู้ ความหมาย ความสำคัญของภาวะหลอดเลือดดำอักเสบส่วนปลาย สาเหตุปัจจัยการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบส่วนปลาย ตำแหน่งที่เหมาะสมในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระดับความรุนแรงหลอดเลือดดำอักเสบ (grade)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะด้านทักษะปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ

จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามให้ผู้ปฏิบัติเลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ กำหนดลักษณะเนื้อหาด้านการปฏิบัติตามแนวทางเกี่ยวกับการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ดังนี้ แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายการเตรียมก่อนได้รับสารน้ำ การเปิดเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำอุปกรณ์ที่เหมาะสม การดูแลระหว่างได้รับสารน้ำ การดูแลภายหลังการถอดเข็ม แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ การประเมินระดับการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ การแก้ไขสถานการณ์เมื่อเกิดหลอดเลือดดำอักเสบตามระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยวิธีลิเคอรท (Likert, 1967) เป็นลักษณะคำถามปลายปิด เป็นคำถามที่ให้คะแนนทั้งทางบวก และทางลบ (Close-ended Question) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ทัศนคติดีมาก ทัศนคติดี ทัศนคติปานกลาง ทัศนคติไม่ค่อยดี ทัศนคติไม่ดี กำหนดลักษณะเนื้อหาด้านการประเมินทัศนคติดังนี้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบส่วนปลาย ความมั่นใจในการให้บริการ การตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบส่วนปลาย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โรงพยาบาลขอนแก่น ลักษณะคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ มีความพึงพอใจมากที่สุด มีความพึงพอใจปานกลาง มีความพึงพอใจน้อย

การตรวจสอบเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรงตามเกณฑ์ (Criterion Validity) และตรงตามแนวคิด(Construct Validity) ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินทัศนคติต่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85,0.97 และ 1.00 ตามลำดับ[6]

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[7] แบบทดสอบความรู้หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20) เท่ากับ .81 แบบประเมินทักษะปฏิบัติและแบบสอบถามทัศนคติเท่ากับ 0.78, 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโดยใช้ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติแบบ Parametric statistic คือ Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย (Ethic Committee) คำสั่งบัณฑิตวิทยาลัยที่

CASHE670029 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2567 และผ่านขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล ขอนแก่นโครงการวิจัยเลขที่ KEF68008 รับรองวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 ขณะที่เพศชายมีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 เมื่อพิจารณาในด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25–29 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 รองลงมาคือช่วงอายุ 30–34 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 และช่วงอายุ 35–39 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 28 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 25 ปี และอายุมากที่สุดคือ 39 ปี ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 สำหรับประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1–5 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมาคือกลุ่มที่มีประสบการณ์ 6–10 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 และกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30

2.สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติเกี่ยวกับอาการหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนรับโปรแกรม กลุ่มตัวส่วนใหญ่ยังมีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$=55.45, S.D.=0.46) หลังรับโปรแกรมระดับความรู้เพิ่มเป็นระดับสูง ($\bar{x}$=90.95, S.D.=0.21) มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลก่อนรับโปรแกรม ปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{x}$=2.77, S.D.=0.42) หลังรับโปรแกรมระดับคะแนนเพิ่มเป็นปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{x}$=3.00, S.D.=0.00) และทัศนคติในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับทัศนคติดี ($\bar{x}$ =3.73, S.D.=1.15) หลังรับโปรแกรมทัศนคติในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับทัศนคติดีมาก ($\bar{x}$ =5.00, S.D.=0.00)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และทัศนคติในการปฏิบัติการพยาบาล (ก่อนและหลังการพัฒนา) (n=30)

การพัฒนาสมรรถนะ		$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	S.D. diff	95%CI	t	p-value
ด้านความรู้ความเข้าใจ								
	ก่อนใช้โปรแกรม	11.10	2.26					
				6.60	2.76	5.56-7.63	13.09	0.001*
	หลังใช้โปรแกรม	17.70	1.34					
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล								
	ก่อนใช้โปรแกรม	41.50	3.28					
				2.70	3.10	1.21-4.19	3.70	0.001*
	หลังใช้โปรแกรม	44.20	1.76					
ทัศนะคติในการปฏิบัติการพยาบาล								
	ก่อนใช้โปรแกรม	36.50	6.31					
				11.80	7.10	9.14-14.45	9.09	0.001*
	หลังใช้โปรแกรม	48.30	3.30					

p-value <.001*

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะ ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า สมรรถนะ ด้านความรู้ความเข้าใจก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$=11.10 ,S.D.=2.26) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{x}$=17.70, S.D.=1.34) ภาพร่วมค่าคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001; 95% CI =5.56-7.63) สมรรถนะด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$=41.50, S.D.=3.28) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$=44.20, S.D.=1.76) ภาพร่วมค่าคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติ (p-value <0.001; 95%CI =1.21-4.19) และสมรรถนะด้านทัศนคติในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$=36.50, S.D.=6.31) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$=48.30, S.D.=3.30) ภาพร่วมค่าคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาสมรรถนะด้านทัศนคติต่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001; 95% CI =9.14-14.45)

3.การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในทุกด้านที่ประเมิน ได้แก่ ความชัดเจนของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ความเหมาะสมของรูปแบบการฝึกอบรมและกิจกรรม ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรม การนำความรู้และทักษะที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมที่ ($\bar{x}$=3.00 , S.D.=0.00) ในทุกรายการ สะท้อนให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมทุกคนมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับสูงสุดต่อคุณภาพของโปรแกรมที่จัดขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะ ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพิ่มขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยสมรรถนะด้านความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา จันทร์เมือง (2566)[8] ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 18.40, S.D. =0 .9) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง[9] ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยุค 4.0 ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมด้วยปริมาตร หอผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า (1)ผลการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามกรอบสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หลังพัฒนาสมรรถนะผ่านเกณฑ์ทุกระดับร้อยละ 100 2) ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทักษะการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังพัฒนาสมรรถนะพบว่าสูงกว่าก่อนพัฒนา

สมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 3) ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะพบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ความพึงพอใจโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=3.00 , S.D.=0.00) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรลักษณ์ เต็มรัตน์, ประภาพร ชูกำเหนิด และปราโมทย์ ทองสุข[10] ได้ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.58, S.D. = .50)

ข้อเสนแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพฯ ไปใช้ในการประเมิน พัฒนา และกำกับติดตามพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน ช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาล เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวมถึงข้อร้องเรียนจากการให้บริการ.

2. พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยการบันทึกประสบการณ์การปฏิบัติงานประจำวัน การปรึกษาผู้มีประสบการณ์เมื่อพบปัญหา และการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรมีการอบรมและจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะที่สอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลแต่ละระดับ ทั้งในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย.

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เกี่ยวกับเทคนิควิธีการพัฒนาสมรรถนะที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพยาบาลในแต่ละระดับ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ให้เป็นมาตรฐาน เดียวกัน เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางหรือจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ไสว นรนสาร. (2549). **หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับสารน้ำความเสี่ยงทางคลินิกที่ป้องกันได้.** https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2549/issue.pdf
2. Marrelli, A. F.,Tondora, J., & Hoge, M. A. (2005). Straegies for developing competency models. **Administration and Policy in Mental Health,** 32(5/6), 533-561.
3. Spencer, L.M. and Spencer, S.M. (1993). **Competence at Work Models for Superior Performance.** John Wiley & Sons: New York. Pp.9.
4. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2550). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, และคณะ. (2549). **เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม.** กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
6. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2555). **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา.** กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

7. Cronbach, Lee. J. (1990). **Essentials of psychological testing.** 5 th ed. New York: Harper & Row.
8. กฤษณา จันทร์เมือง. (2566). **การพัฒนาสมรรถนะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในพยาบาลวิชาชีพกองวิศวกรรมการแพทย์.** (มปป.). เรื่องการใช้หลอดเลือดดำในการฉีดยาหรือให้สารละลาย. https://medi.moph.go.th/km/iv/04.pdf
9. ลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง. (2564). ผลการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยุค 4.0 ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วย หายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ**, 4(2): 54-64.
10. วรลักษณ์ เต็มรัตน์, ประภาพร ชูกำเนิด และปราโมทย์ ทองสุข. (2565). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง. **วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ,** 23(2); 40-54.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดโดยการเสริมพลังอำนาจ และการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Development of Nursing Model for Non-Adherent Tuberculosis Patients through Empowerment and Case Management in Suwannaphum Hospital.

(Received: May 28,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

สายรุ้ง แซ่อึ้ง[1]
Sairung Sae-ueng[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด พัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจและการจัดการรายกรณี และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ดำเนินการเป็น 3 วงรอบตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด จำนวน 20 คน และทีมสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัด และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลังด้วย paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า วงรอบที่ 1 ค้นพบปัญหาการขาดความเชื่อมโยงข้อมูลและการดูแลไม่ต่อเนื่อง วงรอบที่ 2 พัฒนาระบบการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ "TB Alert" และจัดทำแนวทางปฏิบัติในการติดตามผู้ป่วย วงรอบที่ 3 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในชุมชนและสร้างความร่วมมือกับผู้นำชุมชน ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาและความต่อเนื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.00 อัตราการขาดนัดลดลงจากร้อยละ 17.40 เหลือร้อยละ 5.00 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค, การเสริมพลังอำนาจ, การพัฒนารูปแบบทางการพยาบาล

Abstract

This action research aimed to study the context of caring for tuberculosis patients who missed appointments, develop an empowerment and case management model, and evaluate the outcomes of this model. The study was conducted in three cycles following Kemmis and McTaggart's approach. The purposively selected sample consisted of 20 tuberculosis patients who missed appointments and 15 healthcare professionals. Research instruments included demographic questionnaires, assessment forms for factors affecting missed appointments, and in-depth interview guides. All instruments were validated for content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, and pre-post comparisons were performed using the Paired t-test.

Findings revealed that in the first cycle, problems of disconnected information and discontinuous care were identified. In the second cycle, a communication system was developed through a "TB Alert" Line group, and guidelines for patient follow-up were established. In the third cycle, community volunteers' capabilities were enhanced, and collaboration with community leaders was strengthened. Following the implementation of the model, the rate of treatment continuation increased to 95.00 percent, while the missed appointment rate decreased from 17.40 percent to 5.00 percent. Patient and family satisfaction significantly improved ($p<0.01$).

Keywords: Tuberculosis, Empowerment, Nursing care model

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและระดับโลก ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] ปี พ.ศ. 2566 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 10.6 ล้านคน เสียชีวิต 1.3 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 150,000 รายต่อปี ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน[2] (MDR-TB) ประมาณ 2,900 ราย และมีอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียงร้อยละ 54 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ร้อยละ 85 การขาดนัดหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา[3] ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดนัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาสูงถึง 4 เท่า[3] และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอถึง 3 เท่า การรักษาวัณโรคต้องใช้ระยะเวลานาน 6-24 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายขนานร่วมกัน ซึ่งมักก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง[4] เช่น คลื่นไส้อาเจียน ผื่นแพ้ ตับอักเสบ และอาการทางจิตประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา [5] ผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 45 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 38 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 62 เผชิญกับการตีตราทางสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน และความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดในผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ความยากจน และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด[6] การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการจัดการปัญหาและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ[7] ส่วนการจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นกระบวนการดูแลแบบบูรณาการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะราย[8]

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ[9] มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2565-2567 จำนวน 128, 150 และ 180 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยขาดนัดจำนวน 194, 65 และ 188 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.26, 7.22 และ 17.40 ตามลำดับ พบการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา 1, 0 และ 2 ราย ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าการขาดนัดยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ยังขาดการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดโดยการเสริมพลังอำนาจและการจัดการรายกรณี เพื่อลดอัตราการขาดนัด เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อได้ความรู้และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลร่วมกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดโดยการเสริมพลังอำนาจและการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามแนวทางการพยาบาล และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์และการวินิจฉัยการรักษาที่ได้มาตรฐาน ถูกต้องตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นให้ใช้เป็นแนวปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท การดูแลผู้ป่วยวัณโรคและค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ขาดนัด โดยการเสริมพลังอำนาจ และการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจและการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด โดยการเสริมพลังอำนาจ และการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจและการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด โดยการเสริมพลังอำนาจ และการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart

ดำเนินการเป็นวงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล จำนวน 3 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ในช่วง วันที่ 1 ตุลาคม 2567 – วันที่ 30 พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร 1) เชิงคุณภาพ ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอำเภอสุวรรณภูมิ 2) เชิงปริมาณ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้จากการสำรวจในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เชิงคุณภาพ ทีมสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน นักรังสีการแพทย์ จำนวน 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน
นักวิชาการสาธารณสุขควบคุมโรค จำนวน 1 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดและครอบครัวผู้ดูแล จำนวน 20 คน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ในช่วงเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจจึงไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากใช้เกณฑ์การคัดเข้าและใช้ประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ศาสนา โรคประจำตัว ประวัติการรักษาวัณโรค ระยะเวลาการรักษาวัณโรค ประวัติการขาดนัด สาเหตุของการขาดนัด ผลข้างเคียงจากยาวัณโรคที่เคยเกิดขึ้น ลักษณะที่อยู่อาศัย ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้ดูแลหลัก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประวัติการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค และบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

2. แบบประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยวัณโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรควัณโรคและการรักษา จำนวน 2 ข้อ ด้านผลข้างเคียงและความทนต่อการรักษา จำนวน 2 ข้อ ด้านการเข้าถึงบริการและระบบสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 2 ข้อ รวม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบ Likert's scale 5 ระดับ จาก 1-5 โดยมีระดับความคิดเห็น ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) ไม่เห็นด้วย (1) และหากข้อความใดไม่เกี่ยวข้องให้ระบุว่า not applicable (NA) และไม่นำมาคำนวณค่าคะแนนในข้อนั้นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน การวิเคราะห์อัตราการขาดนัดและความต่อเนื่องในการรักษา การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล การวิเคราะห์ตัวชี้วัด

ผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. การวิเคราะห์ การวิเคราะห์อัตราการขาดนัดและความต่อเนื่องในการรักษา การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย การดูแลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การจัดกลุ่มข้อมูล (Categorizing): นำข้อมูลที่ให้รหัสแล้วมาจัดกลุ่มตามความหมายที่สอดคล้องกัน เพื่อสร้างเป็นประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) การตีความข้อมูล (Interpreting) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการจัดกลุ่มและตีความหมายในบริบทของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness): ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน (ทีมสหวิชาชีพในตำแหน่งที่แตกต่างกัน) และตรวจสอบโดยให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง (Member Checking)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคขาดนัด ผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.00) ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-70 ปี (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือช่วงอายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 30.00) อายุเฉลี่ย 67.45 ปี (SD=9.82) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.00) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 70.00) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 55.00) รายได้เฉลี่ย 4,875.50 บาท (SD=2,456.78) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.00) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน (ร้อยละ 33.33) รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 25.00) และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 16.67) ด้านระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีระยะทาง 10-20 กิโลเมตร (ร้อยละ 45.00) รองลงมาคือมากกว่า 20 กิโลเมตร (ร้อยละ 35.00) การเดินทางมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องอาศัยญาติพามา (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ เดินทางด้วยตนเอง (ร้อยละ 25.00) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 55.00) รองลงมาคือ คู่สมรส (ร้อยละ 35.00)

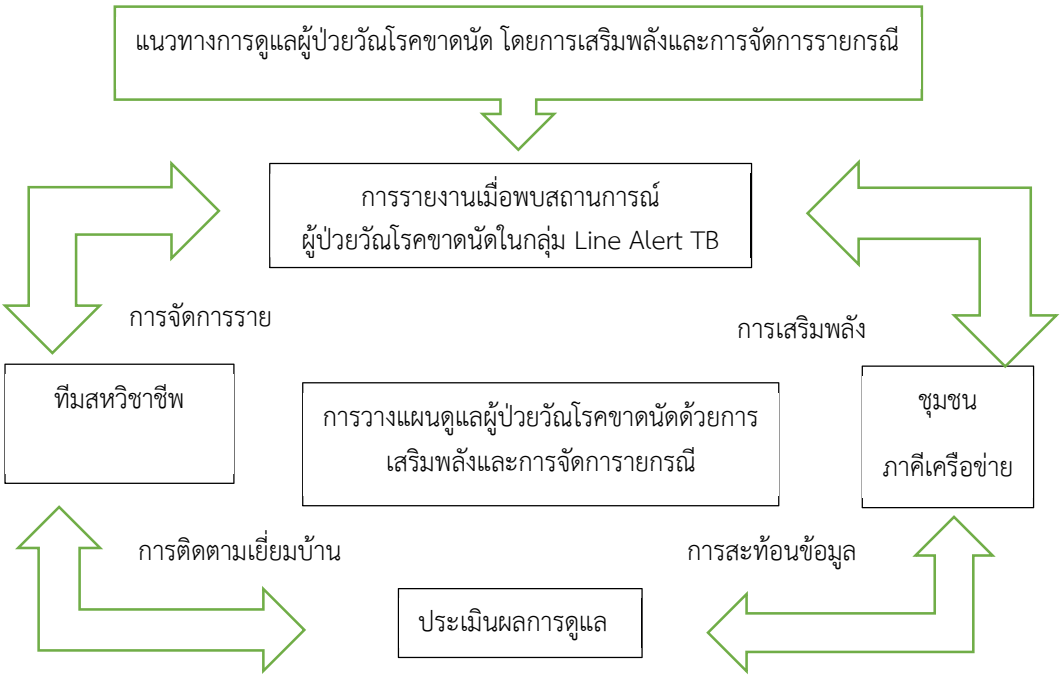
2. ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.33) ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 33.33) อายุเฉลี่ย 47.80 ปี (SD=7.25) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.00) ระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่มากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 75.00) ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 23.40 ปี (SD=6.92) ส่วนใหญ่เคยร่วมประชุมอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ 60.00) และทุกคนมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน (ร้อยละ 100.00)

3. ผลการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ขาดนัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยวัณโรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยวัณโรค พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการขาดนัด เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้าน

การเข้าถึงบริการและระบบสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.35, SD=0.58) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การขาดระบบการติดตามและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.65, SD=0.49) ด้านการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย 4.18, SD=0.71) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การขาดผู้ดูแลหรือผู้พามาโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 4.40, SD=0.68) ด้านผลข้างเคียงและความทนต่อการรักษา (ค่าเฉลี่ย 3.95, SD=0.83) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเกิดผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง (ค่าเฉลี่ย 4.15, SD=0.75) ด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรควัณโรคและการรักษา (ค่าเฉลี่ย 3.82, SD=0.92) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 4.05, SD=0.83)

4. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพ สามารถสรุปปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดได้ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ปัญหาด้านระบบการดูแลและติดตาม: ขาดระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพในเครือข่าย 2) ปัญหาด้านบุคลากร ภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาซับซ้อน 3) ปัญหาด้านผู้ป่วยและครอบครัว: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ขาดคนพามาโรงพยาบาล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา การตีตราทางสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ 4) ปัญหาด้านชุมชนและสังคม: ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การตีตราทางสังคม ขาดระบบสนับสนุนในชุมชน ปัญหาด้านการสื่อสารและประสานงาน การสื่อสารข้อมูลไม่ครบถ้วน ล่าช้า ขาดระบบการแจ้งเตือนและติดตามที่มีประสิทธิภาพ

5. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดพบว่า วงรอบที่ 1 พบปัญหาการขาดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชน การดูแลไม่ต่อเนื่อง วงรอบที่ 2 พัฒนาระบบการสื่อสารโดยสร้างกลุ่มไลน์ "TB Alert" เพื่อแจ้งเตือนและติดตามผู้ป่วยขาดนัด และจัดทำแนวทางปฏิบัติในการติดตามผู้ป่วย วงรอบที่ 3 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และสร้างความร่วมมือกับผู้นำชุมชน ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แนวทางการดูแลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการวิจัย

6. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ พบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาและความต่อเนื่องของการรับยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.00 อัตราการขาดนัดลดลงจากร้อยละ 17.40 เหลือร้อยละ 5.00 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.56, SD=0.48) ซึ่งสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ (ค่าเฉลี่ย 3.12, SD=0.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราการขาดนัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ วินิจกุล และคณะ[10] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาถึงร้อยละ 85.00 นอกจากนี้ การเสริมพลังอำนาจยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับ พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ[11] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการเสริมพลังช่วยลดการตีตราและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อขัดแย้งกับ วิภา รีชัยพิชิตกุล[12] ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐานะมีผลต่อความสำเร็จในการรักษามากกว่าการสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราการขาดนัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ วินิจกุลและคณะ[10] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา อัตราการกลับเข้ารับการรักษาและความต่อเนื่องของการรับยาเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความต่อเนื่องในการรักษา

การพัฒนาระบบการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ "TB Alert" และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ[11] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการเสริมพลังช่วยลดการตีตราและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ลดระยะเวลาในการกลับมารักษาหลังขาดนัดจาก 14.75 วัน เหลือเพียง 3.25 วัน ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าการเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคและการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 6.85 เป็น 14.35 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช บุญยังและคณะ[6] ที่พบว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยวัณโรค การเสริมพลังอำนาจยังช่วยลดการตีตราทางสังคม โดยคะแนนการตีตราลดลง

การจัดการรายกรณีเป็นอีกองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์และคณะ[8] ที่พบว่าการจัดการรายกรณีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยวัณโรค การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 7.25 เป็น 13.80 คะแนน (คะแนนเต็ม 15) การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดการตีตราทางสังคมและเพิ่มการยอมรับผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนาและคณะ[5] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยด้านเศรษฐานะมีผลต่อความสำเร็จในการรักษามากกว่าการสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการเสริมพลังอำนาจส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้ว่าการศึกษาครั้งนี้มีการบูรณาการการสนับสนุนทาง

สังคมร่วมกับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ โดยการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนค่าเดินทางและทรัพยากรที่จำเป็น ซึ่งช่วยลดอุปสรรคด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดที่พัฒนาขึ้นนี้มีความโดดเด่นที่การบูรณาการการเสริมพลังอำนาจร่วมกับการจัดการรายกรณี ซึ่งช่วยแก้ไขปัญหาการขาดนัดได้อย่างครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการ ด้านตัวผู้ป่วย และด้านสังคม การควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการบูรณาการระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ ผลวิจัยยังสอดคล้องกับแนวคิดของสุพัฒน์ วิเศษวงษา[13] เรื่องการเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชนและนริศ คมจิตร[14] เรื่องผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ.

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคขาดนัดโดยการเสริมพลังอำนาจและการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการลดอัตราการขาดนัดและเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาการสร้างระบบการสื่อสารและเครือข่ายความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ

2. ควรขยายผลการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อช่วยในการติดตามผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ

4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ ในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยวัณโรคที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองวันโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
2. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กองวัณโรค, 2564 รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย. แหล่งข้อมูล http://tbcmthailand.ddc.moph.go.th/ ดึงข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2564
3. สุพร กาวินำและกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด,2558) การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ และติดสุรา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน 2560.
4. เกษสุมา วงษ์ไกร, พุทธิไกร ประมวลและภัชราภรณ์ (2563). การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยรถถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ในประชาชนกลุ่มเสียง จังหวัด ศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10 จังหวัดอุบลราชธานี. ปีที่18 ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2563
5. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, และพัชรา สุภาวหา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(2), 156-165.
6. นงนุช บุญยัง, สมจิต หนุเจริญกุล, และวรรณี จันทร์สว่าง. (2564). ผลของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพต่อผลลัพธ์การรักษาวัณโรค. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(3), 45-57.
7. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

8. เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์, ศุภรดา ภาแสนทรัพย์, และน้ำฝน เสาวภาคย์ไพบูลย์. (2564). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(1), 45-54.
9. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. รายงานผู้ป่วยวัณโรคขาดยา จากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลสุวรรณภูมื 2567.
10. สมใจ วินิจกุล, ทัศนีย์ รวิวรกุล, และประภา รัตนเมธานนท์. (2567). ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการรักษาวัณโรค: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 18(1), 23-35.
11. พรทิพย์ มาลาธรรม, สุปรีดา มั่นคง, และวิมล บ้านพวน. (2566). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 25(2), 89-102.
12. วิภา รีชัยพิชิตกุล. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(4), 678-690.
13. สุพัฒน์ วิเศษวงษา. (2566) การเสริมสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของแกนนำชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 (2024)
14. นริศ คมจิตร. (2566) ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 (2024)

การพยาบาลผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดและหัวใจหยุดเต้น : กรณีศึกษาและการจัดการในภาวะฉุกเฉิน

Nursing care for patients with electric shock and cardiac arrest: case study and emergency management.

(Received: May 28,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

แก้วจุฬา กลิ่นเอี่ยม[1]
Kaewchula Klin-aim[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้นำเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยชายไทยอายุ 23 ปี ที่ประสบอุบัติเหตุถูกไฟฟ้าดูดขณะซ่อม พัดลมตั้งโต๊ะ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ณ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ และคลำชีพจรไม่ได้ ทีมการพยาบาลได้ดำเนินการดูแลรักษาตามกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินแรกรับ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงตามแนวทาง American Heart Association (AHA) 2020 และการดูแลต่อเนื่องภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การใช้เครื่องกดหน้าอกอัตโนมัติ (LUCAS) การใส่ท่อช่วยหายใจ การบริหารยาตามแนวทาง AHA 2020 การควบคุมอุณหภูมิเป้าหมาย (Targeted Temperature Management) เพื่อลดความเสียหายต่อสมอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อลายสลาย (rhabdomyolysis) นอกจากนี้ ยังรวมถึงการดูแลต่อเนื่องในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ผลการรักษาและการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่การไหลเวียนโลหิตด้วยตนเอง (Return of Spontaneous Circulation: ROSC) ได้ภายใน 23 นาที สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 4 และเริ่มรู้สึกตัว

คำสำคัญ: ไฟฟ้าดูด, ภาวะหัวใจหยุดเต้น, การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง, การควบคุมอุณหภูมิเป้าหมาย, กระบวน การพยาบาล, กล้ามเนื้อลายสลาย, การกลับคืนสู่การไหลเวียนโลหิตด้วยตนเอง, การพยาบาลภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

ABSTRACT

This case study presents the nursing care management for a 23-year-old Thai male patient who experienced electric shock while repairing a table fan, resulting in cardiac arrest at Singburi Hospital. The patient was admitted to the emergency department unconscious, apneic, and pulseless. The nursing team provided systematic care through the nursing process, encompassing initial assessment, advanced cardiac life support following the American Heart Association (AHA) 2020 guidelines, and continuous post-resuscitation care. Key nursing interventions included the use of an automated chest compression device (LUCAS), endotracheal intubation, medication administration according to AHA 2020 guidelines, targeted temperature management to mitigate brain injury, and prevention of complications from rhabdomyolysis. Furthermore, the care extended to physical rehabilitation, mental health promotion, and discharge planning. As a result of the comprehensive treatment and nursing care, the patient achieved return of spontaneous circulation (ROSC) within 23 minutes, was successfully weaned from mechanical ventilation on the fourth day, and regained consciousness. Efficient and timely nursing interventions were crucial factors in minimizing physical damage and promoting the patient's recovery.

Keywords: Electric shock, Cardiac arrest, Advanced cardiac life support, Targeted temperature management, Nursing process, Rhabdomyolysis, Return of spontaneous circulation, Critical emergency nursing

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทนำ

การบาดเจ็บจากไฟฟ้าดูดเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต เนื่องจาก สามารถนำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นและการทำงานผิดปกติของระบบอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟฟ้าดูดและมีภาวะหัวใจหยุดเต้นจึงจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และการประสานงานของทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทาง การพยาบาลผู้ป่วยชายไทยอายุ 23 ปี ที่ประสบอุบัติเหตุถูกไฟฟ้าดูดและเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยจะอธิบายถึงกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินแรกรับ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินวิกฤตต่อไป[1,2]

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 240 เตียงผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูลผู้บาดเจ็บจากไฟฟ้าดูด ระหว่าง 1 ม.ค. 60 ถึง 4 เม.ย. 68 มีผู้บาดเจ็บจากถูกไฟฟ้าดูรวมทั้งสิ้น 1,210 ราย มีเพียง 2 รายที่มีภาวะหัวใจหัวใจหยุดเต้น และมีเพียง 1 รายที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและมีภาวะแทรกซ้อน เช่นเดียวกับกรณีศึกษา แต่เรื่องของความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่มาโรงพยาบาลของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ท้าทาย ความสามารถของแพทย์และพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นอย่างยิ่งในการช่วยฟื้นคืนชีพให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากความตาย และช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจเป็นแรงบันดาลใจในการช่วยช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยจากโรคอื่นๆ ต่อไป ให้รอดพ้นจากความตายให้ได้มากที่สุดเต็มกำลังความรู้ความสามารถ ตามมาตรฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์นำมาจัดทำเป็นมาตรฐานในการช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดและให้กับผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไปรวมทั้งมุ่งหวังจะช่วยพัฒนาเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพร้อมให้ความรู้เรื่องการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอย่างจริงจังให้สัมฤทธิ์ผลและเข้าถึงชุมชนทุกชุมชนเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตผู้ป่วยที่หยุดหายใจก่อนถึงโรงพยาบาลเช่นกรณีศึกษานี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดและหัวใจหยุดเต้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และหลักการพยาบาล

2. เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลที่เป็นระบบและการทำงานเป็นทีมในการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินวิกฤต

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการนำเสนอรายงานผู้ป่วยกรณีศึกษา (Case Study) โดยได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและญาติในการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการศึกษาและเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์และพยาบาลผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากการประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดและมีภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำเร็จ ณ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ข้อมูลที่รวบรวมครอบคลุมระยะเวลาการดูแลในโรงพยาบาล 25 วัน (ระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน 2567 ถึง 3 กรกฎาคม 2567) และมีการติดตามอาการทางโทรศัพท์ภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง โดยกระบวนการศึกษาเป็นไปตามหลักจริยธรรมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูล: แบบประเมินภาวะสุขภาพเมื่อแรกรับ, แบบบันทึกทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลรายวันและข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2. แบบสัมภาษณ์และสังเกต: แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่นำไปสู่การบาดเจ็บ และความกังวล การสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจากการถูกไฟฟ้าดูดตามห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of Survival) และแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยอ้างอิงแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพของ American Heart Association (AHA) 2020

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการศึกษาหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การประเมินภาวะสุขภาพ ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 23 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพช่างไฟฟ้า มีสิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนาจังหวัดสิงห์บุรี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 9 มิ.ย. 67 ถึง 3 ก.ค. 67

อาการสำคัญ : ไม่รู้สึกตัว หลังถูกไฟฟ้าดูดประมาณ 10 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน : เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2567 เวลาประมาณ 14.09 น.ขณะผู้ป่วยกำลังซ่อมพัดลมตั้งโต๊ะที่บ้านญาติ ภายหลังจากการหยอดน้ำมันหล่อลื่นและเสียบปลั๊กไฟเพื่อทดลองใช้งาน ผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูด มีอาการเกร็งและเรียกไม่ค่อยรู้สึกตัว ภรรยาและหลานชายนำส่งโรงพยาบาลสิงห์บุรีด้วยรถยนต์ส่วนตัว จัดท่านอนมาบนที่นั่งหลังคนขับ ระหว่างนำส่ง 5 นาทีก่อนถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและไม่หายใจ หลานชายของภรรยาได้ทำการกดหน้าอกนวดหัวใจมา

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี แต่งงานแล้วแต่ยังไม่มีบุตร มีหลาน 1 คน

แบบแผนการดำเนินชีวิต: ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ในบางครั้ง ไม่มีความเครียด อาศัยอยู่กับภรรยาเพียง 2 คน นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง

การตรวจร่างกายแบบ primary Assessment

- **ระดับความรู้สึกตัว** : ไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น **ลักษณะทั่วไป** : ใบหน้า ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ (cyanosis) **Glasgow Coma Scor**= 3 คะแนน (E1V1M1)
- **ประเมินรูม่านตา** : รูม่านตาขนาด 4 มิลลิเมตรทั้งสองข้าง ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง (fixed dilated pupils) **สัญญาณชีพ ระบบหายใจ** : ไม่หายใจ
- **ระบบไหลเวียนเลือด** : คลำชีพจรไม่ได้ วัดความดันโลหิต ไม่ได้ O_2 Saturation วัดไม่ได้อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส : ไม่พบบาดแผลตามร่างกาย

ระดับน้ำตาลในเลือด: 225 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (9 มิ.ย. 67)

- Complete Blood Count: WBC 11070/uLสูงกว่าเกณฑ์ปกติ, Hct 53.8%สูงกว่าเกณฑ์ปกติ, platelet 288,00cells/ul.

- Electrolyte: Sodium 143mgl/ dL, Potassium 5.0 mmol/L, Chloride 104 mmol/L, TCO2 16 mmol/L ผล TCO2อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ

- BUN: 12mg/dl, creatinine 1.23mg/dlสูงกว่าเกณฑ์ปกติ, EGFR Estimated Glomerular Filtration Rate 82ml/min/1.73m2 ผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

- Troponin-T 17.14ng/mL (ค่าปกติ <=14.00 ng/mL), lactate 11.9mmol/L(0.5-2.2)

10 มิถุนายน 2567 BUN 31 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, Creatinine 4.24 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, EGFR 18 ml/min / 1.73 M2 > 90

13 มิถุนายน 2567 BUN 116 มิลลิกรัม/เดซิลิตร,Creatinine 9.07 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, EGFR 7 ml/min / 1.73

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Elecrocadiogram: Asytole ,Ventricular fibrillation (Cycle 2)

ผลการตรวทางรังสีวิทยา

PORTABLE CXR (AP, SUPINE) 9มิย67 14.39น

- Tip ETT locates about 4.1 cm above carina.

- Diffused increased opaties in right lung and diffused alveolar opacties in left lung, possibly pulmonary edema. Ddx lung contussion.

- No gross pneumothorax is noted.

- Some bilateral pleural effusions cannot be excluded

- Suspected mild cardiomegaly.

- Visualized bony thorax appears grossly intact.

PORTABLE CXR (SEMI-UPRIGHT) 11 มิย67 07.40น

As compared to previous portable CXR on 10/06/2024

- Tip ETT locates about 6.9 cm above carina.

- Increased interstitial opacities at RUL.

- No gross pneumothorax or demonstrable pleural effusion.

- Heart shadow is unremarkable.

PORTABLE CXR (SEMI-UPRIGHT) 13 มิย67 10.02น

As compared to previous portable CXR on 11/06/2024

- The previous ETT was removed.

- Increased opacity at RUL is suspected RUL atelectasis.

- No gross pneumothorax or demonstrable pleural effusion.

- Heart shadow is unremarkable.

- Visualized bony thorax appears grossly intact.

การวินิจฉัยโรค Electrical injury , cardiac arrest with successful resuscitation Complication : Seizure, Rhabdomyolysis, Acute renal failure, Streptococcus, septicemia, hrombophlebitis left arm, Hypomagnesemia

การรักษาของแพทย์ 9 มิ.ย. 67 (14.09-14.50 น.) เมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน เวลา 14.09 น. พบว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ หัวใจไม่เต้น คลำชีพจรไม่ได้ วัดความดันโลหิตไม่ได้ ใบหน้าและปลายมือปลายเท้ามีสีเขียวคล้ำ (cyanosis) ระดับความรู้สึกตัวตาม Glasgow Coma Scor (GCS) E1M1V1 รวม 3 คะแนน รูม่านตาทั้งสองข้างขนาด 4 มิลลิเมตร ไม่ตอบสนองต่อแสง (fixed dilated pupils)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การประเมิน PRIMARY ASSESSMENT และข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะแรกรับ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนและหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากถูกไฟฟ้าดูด** **ข้อมูลสนับสนุน** :ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น) GCS =3คะแนน E1V1M1), ไม่หายใจ คลำชีพจรไม่ได้, ใบหน้าและปลายมือปลายเท้ามีสีเขียวคล้ำ)cyanosis), รูม่านตาทั้งสองข้างขนาด 4 มิลลิเมตร ไม่ตอบสนองต่อแสง) fixed dilated pupils) และมีประวัติถูกไฟฟ้าดูดก่อนมาโรงพยาบาล **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** :เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วตามแนวทาง AHA 2020 ,เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่การไหลเวียนโลหิตด้วยตนเอง) ROSC)	**กิจกรรมการพยาบาล:** **พยาบาลคนที่ 1)Compressure (**ประเมินผู้ป่วยตามหลัก A (Airway), B (Breathing), C (Circulation), D (Disability), E (Exposure) อย่างรวดเร็ว พบผู้ป่วยไม่ตอบสนอง ไม่หายใจ และไม่มีชีพจร รายงานแพทย์และเรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพ **6 คน)6-Person High-Performance Team)** เริ่มทำการกดหน้าอกที่มีคุณภาพสูง)High-quality CPR) ทันที โดยใช้เครื่องกดหน้าอกอัตโนมัติ) Mechanical chest compression device - Pneumatic Piston Devices: LUCAS) และให้ความช่วยเหลือแพทย์ในการจัดการทางเดินหายใจขั้นสูง **พยาบาลคนที่ 2)Breathing, Airway(** ร่วมกับแพทย์ ดูแลทางเดินหายใจและการหายใจ โดยใช้วิธีเปิดทางเดินหายใจด้วยท่า Head tilt-Chin lift ใช้หน้ากากครอบปากและจมูก) Face mask) ต่อกับถุงช่วยหายใจ) Self-inflating bag) เปิดออกซิเจนอัตราไหลสูง) 10-12 ลิตร/นาที ความเข้มข้น 100%) ช่วยหายใจในอัตรา 10 ครั้งต่อนาที และให้ความช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ที่ความลึก 21 เซนติเมตร ต่อกับ Self-inflating bag เปิดออกซิเจนอัตราไหลสูง) 10-12 ลิตร/นาที ความเข้มข้น 100%) ติดตามค่า End tidal carbon dioxide ($EtCO_2$) โดยค่าปกติอยู่ที่ 35-45 มิลลิเมตรปรอท ติดพลาสเตอร์ยึดตรึงท่อช่วยหายใจกับมุมปากให้แน่น และ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	สังเกต Continuous waveform capnography เพื่อประเมินตำแหน่งของท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในหลอดลม **พยาบาลคนที่ 3)Medication(** เตรียมและให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเปิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร เร็ว1 , 000cc)intravenous bolus) **พยาบาลคนที่) 4Defibrillator (**เตรียมเครื่องติดตามสัญญาณชีพ (Monitor) และเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) ชนิด Biphasic waveform ให้พร้อมใช้งาน ติดแผ่นนำไฟฟ้า) EKG Electrode) ที่หน้าอก และต่อกับสาย Electrode chest lead และหมุนปุ่มไปที่ Monitor EKG และเลือก Leadพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น VF ช่วยแพทย์ในการทำ Defibrillation ใช้พลังงาน 200จูล ภายใต้การควบคุมของแพทย์ ทำการช็อกไฟฟ้าหัวใจรวม 6ครั้ง ด้วยพลังงาน 200จูล ติด Monitor NIBP เพื่อติดตามสัญญาณชีพและวัดค่า O_2 Saturation และเป็นผู้ช่วยในการเตรียมอุปกรณ์และช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ **พยาบาลคนที่ 5) Timer and Recorder)** ทำหน้าที่จับเวลาและบันทึกเหตุการณ์สำคัญระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ **พยาบาลคนที่ 6)หัวหน้าเวร (**หน้าที่ประสานงาน และจัดหาอุปกรณ์และอื่นๆ ประกอบการ CPR และบันทึกการCPR)Cardio Pulmonary Resuscitation(ในเวชระเบียนและในโปรแกรมคอมพิวเตอร์Hos-xp ของโรงพยาบาล **แพทย์** ทำหน้าที่เป็น**หัวหน้าทีม) Team leader)**มีหน้าที่เป็นผู้สั่งการรักษา ประมินอาการ,ให้การรักษาด้วยยา ใส่ท่อช่วยหายใจและ Defibrillation แพทย์ตรวจสอบจังหวะการเต้นของหัวใจ วิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจทุก 2 นาที และให้การรักษาตามแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจฉุกเฉินของ American Heart Association (AHA) 2020 Algorithm พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Asystole/PEA ทำ CPR ต่อ และให้ยากระตุ้นหัวใจ Adrenaline ทุก 4 นาที ตาม Algorithm Asystole/PEA รวม 4 ครั้ง พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น VF ทำการช็อกไฟฟ้าหัวใจทันที ทำ CPR ต่อ และให้ยา Amiodarone 300 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ในการช็อกไฟฟ้าครั้งที่ 3 และให้ Amiodarone 150 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ในการช็อกไฟฟ้าครั้งที่ 4 ตาม Pulseless Ventricular Tachycardia (VF/P VT) Algorithm 2020 ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร เร็ว) intravenous bolus) ตามแผนการรักษาของแพทย์ **ประเมินผลการพยาบาล :**การประเมินแรกรับ)Primary Assessment) รายงานแพทย์ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เรียกทีมทุกคนประจำตำแหน่ง 6 จุด ได้รีบให้การช่วยเหลือ และแพทย์ให้การรักษาตาม Algorithm Asystole/PEA และ Pulseless Ventricular Tachycardia (VF/P VT) Algorithm Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care ของ American Heart Association (AHA) 2020(**การประเมิน SECONDARY ASSESSMENT และการพยาบาล** 1. ซักประวัติเพิ่มเติมตามหลัก SAMPLE (Signs and Symptoms, Allergies, Medications, Past medical history, Last meal, Events leading to the injury) และตรวจร่างกายอย่างละเอียดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า) Head to toe examination) เพื่อค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และประเมินการบาดเจ็บอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นการประเมินทุติยภูมิ) Secondary Assessment) มุ่งเน้นการวินิจฉัยแยกโรค) Differential Diagnosis) และค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ตามหลัก 6Hs และ 6Ts)จริยาสันตติอนันต์,พ.ศ 2564;คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์, 2020(2. ซักประวัติจากภรรยาและญาติเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดอย่างละเอียด แจ้งว่าน้องชายภรรยาที่ช่วยกดหน้าอกนวดหัวใจมาเยี่ยมพี่สาวมาพบเหตุการณ์ผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ถูกไฟฟ้าดูดและได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยา การใช้ยาประจำ สูบบุหรี่ในบางครั้ง ไม่ดื่มสุรา ไม่พบร่องรอยบาดแผลหรือการบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ 3. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเมื่อเวลา 14.22 น .ได้แก่ Complete Blood Count (CBC), Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Electrolytes (Na^+, K^+, Cl^-, HCO_3^-), Creatine Phosphokinase (CPK) รอผลเลือด ส่งตรวจ Chest X-ray (CXR) portable เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ พบว่าตำแหน่งของ Cuff อยู่เลยสายเสียงลงไป 2-3 เซนติเมตร ,ตรวจ Electrocardiogram (EKG) 12 lead และใส่สายสวนปัสสาวะ) Foley Catheter) เบอร์ 16 เพื่อติดตามปริมาณปัสสาวะ **การตรวจร่างกายอย่างละเอียด Secondary Assessment:** GA :Young man, nconscious, face lip conjunctiva pale, cyanosis **Skin** :No wound **HEENT** :Normal size and shape , **Pharynx** not injected, **tonsil** not enlarged, no bleeding per gum, not neck vein engorged **Heart** :NO heart sound, NO **Heart Rate** NO capillary refill **EKG** : :**Asytole , Ventricular fibrillation Lung** :No Breath sound both lungs Abdomen:, no guarding, no active bowel sound, no liver and spleen not palpable **Extremity** :No pitting,Both shoulder,arm and leg of loss muscle tone/ flaccid **Neurologic** :E1V1M1, **Pupil** Both eye fixed 4 mm .**Motor power**:Both arm and Both leg grade 0, แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น) Most common causes of cardiac arrest (6Hs และ 6Ts)จริยาสันตติอนันต์,พ.ศ 2564;คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ปีค.ศ 2020 (ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจนอื่นนอกเหนือจากการถูกไฟฟ้าดูดที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะหัวใจหยุดเต้น และพบผู้ป่วยมี Hypovolemia, Hypoxia, Hypothermia,Trauma การช่วยฟื้นชีพขั้นสูงสำเร็จ ผู้ป่วยมีการกลับคืนสู่การไหลเวียนโลหิตด้วยตนเอง) ROSC) ในระยะเวลา 23 นาที ครั้งแรก 15 นาทีครั้งที่สอง 8 นาที สัญญาณชีพหลังมี ROSC ความดันโลหิต 96/48 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที, ค่า O_2 Saturation 90% แพทย์สั่งให้ยา Adrenaline 1:1 ในรูปแบบหยดเข้าหลอดเลือดดำ ในอัตรา 30 ไมโครกรัมต่อนาที แพทย์รับไว้นอนโรงพยาบาลแผนก ICU
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: ภรรยาผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษา **ข้อมูลสนับสนุน** สีหน้าและแววตาแสดงความเครียดและวิตกกังวล มีการสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล**เพื่อลดความวิตกกังวลให้กับภรรยาผู้ป่วยและครอบครัว	**กิจกรรมการพยาบาล:**ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ภรรยาผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการรักษาเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและ ประสานให้ญาติผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการอธิบายข้อมูลโดยตรงจากแพทย์ เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการและการวางแผนการรักษาต่อไป และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ รับฟังความรู้สึกและความกังวลของครอบครัว **ประเมินผลการพยาบาล**ภรรยาผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาล รับทราบถึงความรุนแรงของอาการผู้ป่วย และความเป็นไปได้ที่อาการอาจเปลี่ยนแปลงได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะชักจากภาวะสมองขาดออกซิเจนภายหลังหัวใจหยุดเต้น 9 มิ.ย. 67 – 13 มิ.ย .67 **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ) GCS = E1VtM1 = 2T), มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนานประมาณ 15 นาทีก่อนเกิด ROSC ครั้งแรก, รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสงเมื่อแรกรับ และเมื่อเวลา 16.35 น.9มิย 67 ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว	**วัตถุประสงค์ของการพยาบาล:** เพื่อลดความเสียหายของเนื้อสมองจากภาวะขาดออกซิเจน ,เพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและ เพื่อประเมินการฟื้นตัวของระบบประสาท **กิจกรรมการพยาบาล:** **1. การควบคุมอุณหภูมิเป้าหมาย**) Targeted Temperature Management: TTM): รักษาอุณหภูมิกายให้อยู่ระหว่าง 32-36 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ใช้แผ่นให้ความเย็น) cooling blanket) และ/หรือถุงน้ำแข็ง) ice packs) เพื่อลดอุณหภูมิร่างกาย ติดตามอุณหภูมิทุก 30 นาที **2. การให้ยาระงับประสาท** 2.1 ให้ยากันชักตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ยา Valium 10 mg v stat 2. 2ให้ได้รับยา Fentanyl 50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที) stat) จากนั้นให้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	Fentanyl 10:1 ในอัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และปรับอัตราการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 13 มิย 67 01.20 น พูดเสียงดังไม่ยอมนอนรายงานแพทย์ ได้ Haloperidol 10 mg และ ให้ยา Clonazepam)2mg (ครึ่งเม็ดก่อนนอน 3 .การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 8 ชั่วโมง รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 – 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้ Insulin ตามแผนการรักษาเมื่อจำเป็น 4. การประเมินระบบประสาท : 4.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัวตาม Glasgow Coma Score (GCS) ทุก 1 ชั่วโมง และจัดท่าศีรษะสูง 30 องศาเพื่อช่วยการไหลเวียนเลือดดำออกจากสมอง 4.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการกระสับกระส่ายด้วย Sedation score)ระดับความง่วงซึม(ใช้ประเมินผู้ป่วยหลังได้รับยาFentanyl ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Strong Opioids โดยมีความหมายคือ 0 =ตื่นรู้สึกตัวดี 1=ง่วงเล็กน้อย ถ้าปลุกแล้วตื่นง่าย 2= ง่วงซึม หลับเกือบตลอดเวลา ปลุกแล้วตื่น 3 =หลับตลอดเวลาปลุกไม่ตื่นหรือตื่นยาก S =นอนหลับปกติ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยชัก1 ครั้งได้ยา Valium 10 mg v stat9มิย67)16.35 น(ยังไม่มีภาวะชักซ้ำหรืออาการผิดปกติทางระบบประสาทเพิ่มขึ้น หลังการรักษา 10 มิย67 16.30น E4M6VT=10T motor power แขน 2 ข้าง grade 5 ขา2ข้าง grade 4 06.35น DTX =252 mg5 ได้ RI 2 ยูนิต SC 11 มิ.ย. 67Cordarone หมดOFF 12 มิย6710.30นประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการกระสับกระส่ายด้วย Sedation =O คะแนน OFF ET tube และ OFF Fentanyl 13มิย67 E4M6V5 =15 คะแนน motor powerแขน 2ข้างคงgrade 5 ขา2ข้างเกรด 4 13มิย6701.20น พูดเสียงดังไม่ยอยนอนรายงานแพทย์ ได้ Haloperidol 10 mg เข้ากล้ามเนื้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อและการใช้เครื่องช่วยหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน:**ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ที่ความลึก 21 เซนติเมตร 9มิย67ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว Glasgow Coma Score = 2T คะแนน) E1 M1VT) รูม่านตา. Fixed dilate 3 mm ผู้ป่วยมีอาการเกร็งที่แขน ใช้เครื่องช่วยหายใจ)Ventilator(ผล TC02 ต่ำ = 16 mmol/L ยังหายใจหอบลึกภายใต้เครื่องช่วยหายใจ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ 9 มิ.ย .67 – 12 มิ.ย .67	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทุก 2 ชั่วโมงและตามความจำเป็น ตรวจสอบการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างน้อยทุกเวร และเฝ้าระวังอาการ Respiratory distress ติดตามผล Bun Cr Electrolyte และ ทำความสะอาดมือ ตามขั้นตอนของ WHO guidelines คือ ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ก่อนและหลังให้การพยาบาล มือไม่เปื้อนมากให้ใช้ AlcohoL-base hand rub ถูมือแทนได้ และติดตามผล Chest X-ray (CXR) หากสงสัยตำแหน่งท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสม รายงานแพทย์ทันที 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ) อรรถกร จันทร์มาทอ ,2565, ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในกระแสเลือด)Blood stream infection,2022 (วิสาข์ ประไพนพ, 2562, ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ : การป้องกันและการจัดการ.วารสารวิสัญญีวิทยา, 2019 3. ผู้ป่วยมีภาวะกระสับกระส่าย) Agitation) มาก รายงานแพทย์และดูแลให้ได้รับยา Fentanyl 50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที) stat) จากนั้นให้ Fentanyl 10:1 ในอัตรา 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และปรับอัตราการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ) Weaning protocol) และดำเนินการตาม Extubation protocol เมื่อผู้ป่วยพร้อมตามเกณฑ์ ,การจัดการเมื่อถอดเครื่องช่วยหายใจ :ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวันและ,ฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการไอที่มีประสิทธิผล, ให้ออกซิเจนเสริมตามความเหมาะสมหลังถอดท่อช่วยหายใจ **ประเมินผลการพยาบาล**ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจแต่ มีการติดเชื้อในเลือด) Hemo culture) เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2567 พบเชื้อ Beta hemolytic Streptococci ตำแหน่งท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 12 มิถุนายน 256เวลา10.30 น.

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย) Rhabdomyolysis) จากการถูกไฟฟ้าดูดและทำให้มีภาวะไตวายเฉียบพลัน) Acute Kidney Injury: AKI) (9 มิ.ย .67 - 2 ก.ค .67) **ข้อมูลสนับสนุน** วันที่ 13 มิถุนายน 2567: ปัสสาวะออก 400 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง, ผล BUN 116 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, Creatinine 9.07 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, eGFR 7 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร, CPK 10044 ยูนิต/ลิตร สูงมาก เกินกว่าค่าปกติ) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 171 ยูนิต/ลิตร (**วัตถุประสงค์การพยาบาล** .เพื่อป้องกันและชะลอการ progression ของภาวะไตวายเฉียบพลัน) Acute Kidney Injury: AKI) ส่งเสริมการขับ Myoglobin และสารพิษอื่นๆ ออกจากร่างกาย และเพื่อรักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. การให้สารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ และสมดุลน้ำ)Intake/Output) ทุก 1 ชั่วโมง และตามแผนการรักษาและบันทึกปริมาณน้ำและยาเข้าและออกอย่างละเอียด รวมถึงชนิดของสารน้ำและยาที่ได้รับ 2. การเพิ่มการขับปัสสาวะ :ให้ยา Furosemide (Lasix) ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อเพิ่มการขับปัสสาวะ และสมดุลน้ำ) Intake/Output) ทุก 1 ชั่วโมง และตามแผนการรักษาและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกอย่างละเอียด รวมถึงชนิดของสารน้ำและยาที่ได้รับและติดตามปริมาณปัสสาวะให้ได้ตามเป้าหมายที่แพทย์กำหนด 3. การติดตามการทำงานของไตและสารเคมีในเลือด :ติดตามระดับ BUN, Creatinine, Electrolytes Ca^{2+}, PO_4 และ CPK ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินการทำงานของไตและความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย 4. การเตรียมพร้อมเมื่อแพทย์โรคไตและตัดสินใจทำการฟอกเลือด)Hemodialysis)เตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ตามมาตรฐานตามแผนการรักษาของแพทย์และแนวปฏิบัติของหน่วยไตเทียมประสานงานกับพยาบาลไตเทียมและปฏิบัติตามแผนการรักษา HD อย่างเคร่งครัด**ช่วยแพทย์**ใส่ Double Lumen Catheter (DLC) ยาว 13 เซนติเมตร ที่ Right Internal Jugular vein และเริ่มทำการฟอกเลือด HD)Hemodialysis) ดูแลขณะ/ หลังการทำ DLC และHD และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไต ด้วยเครื่องไตเทียม) ธิติมา สุนทรเวช., 2564, ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องไตเทียม.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 2021) (สมชาย เอี่ยมอ่องและ พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์, 2563, ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตวารสารโรคไตและการบำบัดทดแทนไต, 2020(5. ติดตามสัญญาณชีพและระดับน้ำตาลในเลือด) DTX) ก่อน ระหว่าง และหลังการทำ HD ตามแผนการรักษาและแนวปฏิบัติของหน่วยไตเทียม **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับการทำ HD:)Hemodialysis) ทั้งหมด 7ครั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2567 พบว่าระดับ BUN ลดลงเหลือ 22 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, Creatinine ลดลงเหลือ 1.27 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, eGFR เพิ่มขึ้นเป็น 79 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร, และระดับ CPK ลดลงเหลือ 89 ยูนิต/ลิตร หลังการรักษา 25 วัน แสดงถึงการฟื้นตัวของการทำงานของไตและภาวะกล้ามเนื้อลายสลายที่ดีขึ้น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้อ Streptococcus ในกระแสเลือด) 10 มิ.ย .67 - 24 มิ.ย .67) ข้อมูลสนับสนุน :วันที่ 9 มิถุนายน 2567 18.00นมีไข้อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ,วันที่ 10 มิถุนายน 2567: มีไข้ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส, 11มิย67 14.30 น พบมี Thrombo Phlebitis (การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย (บริเวณข้อมือซ้าย ขนาด 5x10 เซนติเมตร ระดับ 2 (ปวดและแดงรอบรอยเข็ม(วันที่ 10 เมษายน 2567: จำนวนเม็ดเลือดขาว) WBC) 15870 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร)สูงกว่าปกติ(, Neutrophil 89.5% (สูงกว่าปกติ บ่งชี้ภาวะติดเชื้อแบคทีเรีย(ผลการเพาะเชื้อในเลือด) Hemo culture) เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2567 พบเชื้อ Beta hemolytic Streptococci Thrombo phlebitis เกรด 0 ไม่มีอาการ เกรด 1 ผิวหนังเย็นบวมน้อยกว่า 1 นิ้วปวดหรือไม่ปวดก็ได้ เกรด2	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. ซักประวัติเพิ่มเติมเพื่อค้นหาแหล่งของการติดเชื้อเบื้องต้น (Primary focus of infection) เลือดและเสมหะเพาะเชื้อซ้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ตรวจสอบสัญญาณชีพ (อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ) อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ (เช่น หนาวสั่น เหงื่อออก ผิวหนังซีด/แดง) ทุก 4 ชั่วโมง หรือตามความถี่ที่กำหนด 3. ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคการพยาบาลตามมาตรฐานและหลักการปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดในการให้การดูแลทุกขั้นตอน 4. ลดการแพร่กระจายของเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลและทำหัตถการ การจัดการสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้ออย่างถูกวิธี 5. ติดตามผลการตรวจทางโลหิตวิทยา โดยเฉพาะ WBC count และค่า Neutrophil Hemo cultureเพื่อประเมินแนวโน้มของภาวะติดเชื้อและการตอบสนองต่อการรักษา 6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม โดยทำความสะอาดแผล Phlebitis อย่างถูกวิธีวันละ 1 ครั้ง ตามหลักการปลอดเชื้อทุกขั้นตอนในการบริหารสารละลายทางหลอดเลือดดำและยึดบริเวณตำแหน่งเข็มให้แน่นเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุด **ประเมินผลการพยาบาล :** ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม iv) เริ่ม 10

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผิวหนังชีดเย็นบวมน้อยกว่า 1-6 นิ้วปวดหรือไม่ปวดก็ได้ เกรด 3 ผิวหนังชีดใส เย็น บวมมากกว่า 6 นิ้วปวดระดับน้อย ถึงปานกลาง อาจมีอาการชา เกรด 4 ผิวหนังชีดใส เย็น บวมมากกว่า 6 นิ้ว บวมกดบุ๋ม การไหลเวียนเลือดผิดปกติ ปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	มิ.ย2567 และปรับเปลี่ยนยาตามความเห็นของแพทย์ OFF ceftriaxone 2 gm iv เป็น Tacocin 4.5 gm วันที่13 มิ.ย 2567และแพทย์เปลี่ยนมาเป็น ceftriaxone 2 gm ivอีก วันที่ 14 มิ.ย .67 รวมได้ยายาปฏิชีวนะ 13 วัน 24 มิ.ย .67 ไม่มีไข้ ผลHemo culture 24ธ.ค67ไม่พบเชื้อ ผลเพาะเชื้อจาก Aeterail Line, Veneous Line 26ธ.ค 67 ไม่พบเชื้อ แผล Thrombo Phlebitis ขนาดไม่เพิ่มก่อนกลับบ้าน 3กค67 แผลหายดีแล้ว แต่ยังมีรอยแผลเป็นอยู่
การพยาบาลในระยะฟื้นฟูตึกพิเศษอายุรกรรมชั้น 5)18 มิ.ย .67 – 3 ก.ค .67(การดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูมีความสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการกลับสู่ภาวะปกติ การพยาบาลในระยะนี้ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ดังนี้ แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง motor power แขน-ขา 2 ข้างเกรด 4 อ่อนเพลีย รับประทานอาหารเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ยังต้องช่วยอยู่ มีแผล Phlebitis บริเวณข้อมือซ้าย 18มิ.ย.67ย้ายผู้ป่วยไปตึกพิเศษชั้น 5 19 มิ.ย .67 ON Hepalin lock CXR PA Upright พรุ่งนี้2 0 มิ.ย .67 Lasix 40 mg v พรุ่งนี้ CBC BUN CR Electrolyte ca po4 Albumin 24 มิ.ย .67 of f foley cath 26 มิ.ย. 67 BUN CR CPK E lectrolyte วันศุกร์ 27 มิ.ย .67 OFF Ceftriazone 28 มิ.ย .67 CBC PT INR OFF DLC Observe bleeding BUN CR Electrolyte magnesium วันจันทร์ 1 ก.ค . 67 50% MgSO 4 4 CC+ NSS 100 CC V drip in 4 hr x 2 วัน Mg วันศุกร์ 2 ก.ค .67 CBC BUN CR Electrolyte CPK 3 ก.ค .67 D/C นัด F /U OPD MED เจาะ ELECTROLYTE Mg ก่อนพบแพทย์ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากความอ่อนแรงหลังภาวะวิกฤต** **ข้อมูลสนับสนุน :**ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ,เริ่มตื่นและรู้สึกตัว แต่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่และมีอาการอ่อนเพลียหลังจากผ่านภาวะวิกฤต **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :**เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ,เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน และเพื่อฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	**กิจกรรมการพยาบาล:** การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย :ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel ADL Index ,จัดทำแผนการฟื้นฟูร่วมกับนักกายภาพบำบัดและผู้ป่วย ,เริ่มจากการออกกำลังกายแบบ passive range of motion ไปสู่ active range of motionและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่สามารถทำได้ 1. การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อฝึกการหายใจเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ,ฝึกการลุกนั่งบนเตียง การนั่งที่ขอบเตียง และการยืนตามลำดับ และเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมทีละน้อยตามความสามารถ 2. การจัดการเรื่องโภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณดัชนีมวลกาย ,จัดอาหารที่เหมาะสม มีโปรตีนสูงเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อที่ถูกทำลาย และให้วิตามินและแร่ธาตุเสริมตามความจำเป็น **ประเมินผลการพยาบาล:** ที่ตึกพิเศษชั้น 5 รับประทานอาหารธรรมดาปกติได้ ประเมินความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel ADL Index จาก 55 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 90 คะแนน และ 95 คะแนนก่อนกลับบ้านในวันที่ 3 ก.ค .67 จัดทำแผนการฟื้นฟูร่วมกับนักกายภาพบำบัดและผู้ป่วย และแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจลึกๆ การทำสมาธิ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะ Hypomagnesemia **ข้อมูลสนับสนุน** 1 ก.ค .67 Magnesium 1.58 mg% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อแก้ไขระดับแมกนีเซียมให้กลับสู่ภาวะปกติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ เช่นระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสนกลืนลำบาก ชัก กล้ามเนื้อบิดเกร็ง สั่นมือจีบ การตอบสนองของ'Reflex เร็วไวขึ้น คลื่นไส้อาเจียน ท้องเดิน ท้องอืด 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1ชั่วโมง เมื่อมีอาการไม่คงที่ โดยเฉพาะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เต้นผิดจังหวะ เช่น PR Prolong TdP 3. ดูแลให้ได้รับยา 50% $MgSO_4$ 4 CC +NSS 100 CC V ใน 4 ชั่วโมงเป็นเวลา 2 วัน ประเมินการทำงานของไตก่อนและหลังให้ยาควบคู่กับบันทึก Urine output บันทึก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	สัญญาณชีพทุก15-60 นาทีเพื่อเฝ้าระวังการหายใจช้า ตวามดันโลหิตต่ำและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ K^+, Ca^{2+}, Mg^{2+} รายงานแพทย์ **ประเมินผลการพยาบาล** ผลทางห้องปฏิบัติการ ผล K^+= 4.2mmol/L mg = 1.87 mg% ไม่มีอาการแสดงของ แมกนีเซียมในเลือดต่ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ **ข้อมูลสนับสนุน:** ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่านภาวะหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยอาจต้องทำงานที่สัมผัสกับอุปกรณ์ไฟฟ้า และครอบครัวแสดงความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล:** เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อที่บ้าน , เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุไฟฟ้าดูดซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสังเกตอาการผิดปกติและรู้วิธีจัดการเบื้องต้น	**กิจกรรมการพยาบาล:** **1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง :**สอนวิธีการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หมดสติ, แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และสอนวิธีการดูแลแผลเป็นที่ข้อมือซ้าย **2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าอย่างปลอดภัย :**แนะนำวิธีการตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าก่อนใช้งาน ,สอนการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น ถุงมือยาง รองเท้ายาง ,แนะนำการใช้สวิตช์ตัดไฟอัตโนมัติ) RCD) ในบ้าน และอธิบายวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีเกิดไฟฟ้าดูด **3. การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน :**จัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน , ประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ ,ให้เอกสารข้อมูลการดูแลตนเองและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน และนัดหมายการมาตรวจติดตามอาการ **ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอธิบายวิธีการดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้องผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบุอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ และผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าอย่างปลอดภัย

บทเรียนที่ได้จากกรณีศึกษา

ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีคุณภาพและรวดเร็ว: การช่วยฟื้นคืนชีพที่มีคุณภาพและเริ่มต้นอย่างรวดเร็วเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย ในกรณีศึกษานี้ การที่หลานชายของภรรยาสามารถทำการกดหน้าอกระหว่างนำส่งโรงพยาบาล และทีมแพทย์พยาบาลสามารถเริ่มการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้ทันที มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์การรักษาที่ดี

การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ: การจัดทีมช่วยฟื้นคืนชีพที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมช่วยให้การช่วยฟื้นคืนชีพดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ การดูแลหลังการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเป็นระบบ: การดูแลหลังการช่วยฟื้นคืนชีพที่ครอบคลุมทั้งการรักษาระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ การป้องกันภาวะสมองขาดออกซิเจน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวได้ดี ความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับการปลอดภัยทางไฟฟ้า: กรณีศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าอย่างปลอดภัย และวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุไฟฟ้าดูด การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ: การฟื้นฟูสภาพหลังผ่านภาวะวิกฤตต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลหลังผ่านประสบการณ์เฉียดตาย

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดและมีภาวะหัวใจหยุดเต้นรายนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาและการพยาบาลที่เป็นระบบและรวดเร็วตามแนวทาง American Heart Association (AHA)[3] การใช้เครื่องกดหน้าอกอัตโนมัติ (LUCAS) ช่วยให้การกดหน้าอกมีคุณภาพและต่อเนื่อง การใส่ท่อช่วยหายใจและการควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การบริหารยา Adrenaline และ Amiodarone ตามแนวทางปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต การทำ Targeted Temperature Management (TTM) เป็น

เวลา 24 ชั่วโมง มีส่วนช่วยในการลดความเสียหายของเนื้อสมองที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะสมองขาดออกซิเจนภายหลังหัวใจหยุดเต้น ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูด การให้สารน้ำอย่างเพียงพอและการติดตามค่า CPK และการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลัน การฟื้นตัวของผู้ป่วยรายนี้ที่สามารถกลับคืนสู่การไหลเวียนโลหิตด้วยตนเอง ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ และเริ่มรู้สึกตัว สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลรักษาและการพยาบาลแบบบูรณาการและการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์[4]

การดูแลผู้ป่วยที่ถูกไฟฟ้าดูดและเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และการประสานงานที่ดีของทีมสุขภาพ กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการดำเนินการพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่การประเมินแรกรับ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การดูแลหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ ไปจนถึงการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง การพยาบาลที่มีคุณภาพและครอบคลุมทุกมิติส่งผลให้ผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้มีการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่านภาวะวิกฤต ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งในด้านการช่วยชีวิต[5,6] การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ นอกจากนี้ เน้นย้ำความสำคัญของการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน[7,8]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการฝึกอบรมและทบทวนแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงตามแนวทาง AHA เป็นประจำสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อให้มีความรู้และทักษะที่ทันสมัยและพร้อมปฏิบัติในสถานการณ์ฉุกเฉิน ,มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการดูแลผู้ป่วยถูกไฟฟ้าดูดและมีภาวะหัวใจหยุดเต้น รวมถึงแนวทางการจัดการภาวะกล้ามเนื้อลายสลายและการทำ Targeted Temperature Management (TTM), มีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพและการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ และควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความเข้าใจในกระบวนการรักษาและการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
2. สุนทรี ภานุทัต และ พนัชกร คงแป้น. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุจากไฟฟ้าในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 37(3), 108-122.
3. Charoenkul, T., Udomphakphong, S., & Wechnavijit, W. (2023). Outcomes of Targeted Temperature Management Protocol Implementation in Post-Cardiac Arrest Patients: A Thai Tertiary Hospital Experience. Thai Journal of Critical Care Nursing, 14(2), 45-60.
4. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
5. สิริมา ภู่สวัสดิ์, ภารดี นานาศิลป์ และ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2565). ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจหยุดเต้น. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 33(2), 90-103.
6. สายใจ พัฒนสุขวสันต์ และ นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2564). แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองได้รับบาดเจ็บ หลังการกู้ชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 35(3), 148-160.
7. วิสาข์ ประไพนพ. (2562). ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ: การป้องกันและการจัดการ. วารสารวิสัญญีวิทยา, 31(2), 97-105.
8. วีรวรรณ เล็กสกุลไชย, สุรีย์ ธรรมิกบวร และ นฤมล สิงห์ดง. (2567). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากไฟฟ้าในโรงพยาบาลศูนย์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 33(1), 76-91

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

Effectiveness of using self-care promotion program for glaucoma patients at Nong Bua Lamphu Hospital.

(Received: May 28,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

สุกัญญา เริ่มรักษ์[1]
Sukanya roemrak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ต่อพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการเดือน มกราคม–เมษายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้โรคต้อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีความดันลูกตาสูงการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันลูกตา และพฤติกรรมการหยอดยาและระดับความดันลูกตา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ paired t-tested,

ผลกาศึกษาพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (56.67%) อายุเฉลี่ย 68.53 ปีSD ± 9.23 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา 46.67% ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 40% ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ 86.67% มีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน 30% ใช้ยาลดความดันลูกตา Xalatan 70% มีผู้ดูแล90% และมีการนัดติดตามอาการโดยเฉลี่ย 4 ครั้งต่อปี 76.67% หลังการใช้โปรแกรมฯพบว่า ความดันลูกตาเฉลี่ยทั้งด้านขวาและซ้ายของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินและคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันลูกตาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผลลัพธ์ทางคลินิกด้าน Visual Acuity และ Optical coherence Tomography ($p>0.05$)

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง/ผู้ป่วยโรคต้อหิน

ABSTRACT

The quasi-experimental research with a single group pre-post measurement aimed to study the effectiveness of the self-care promotion program for glaucoma patients at Nong Bua Lamphu Hospital on self-care behavior before and after using the program. The sample group consisted of 30 glaucoma patients who received services at the outpatient department of ophthalmology nursing, Nong Bua Lamphu Hospital, purposively selected according to the specified criteria. The study was conducted from January to April 2025. The research instruments included a questionnaire on knowledge of glaucoma, perception of severity of glaucoma, perception of risk of high intraocular pressure, behavior to control intraocular pressure, and intraocular pressure drop behavior and level. The data were analyzed using paired t-tested statistics.

The results of the study found that Most of the volunteers were male (56.67%), with a mean age of 68.53 years, SD ± 9.23, 46.67% had primary education, 40% were farmers, 86.67% used the health insurance scheme, 30% had diabetes, 70% used Xalatan, 90% had caregivers, and 76.67% had follow-up appointments on average 4 times per year. After using the program, it was found that the average intraocular pressure of the patients on both the right and left sides was significantly reduced ($p<0.01$). The knowledge scores of glaucoma and the intraocular pressure control behavior scores of the patients were significantly increased ($p<0.001$). However, there were no statistically significant improvements in the clinical outcomes of Visual Acuity and Optical Coherence Tomography ($p>0.05$).

Keywords: Self-care promotion program/glaucoma patients

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

บทนำ

โรคต้อหินเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ทำให้เกิดตาบอดทั่วโลกและมากกว่า 66 ล้านคนทั่วโลก ที่คาดว่าจะเป็นต้อหิน[1] ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 จะมีคนตาบอดจากต้อหิน 1 ล้าน ประชากรส่วนใหญ่มาจากประเทศแถบเอเชียมากถึงร้อยละ 47 ของโลก และตาบอดจากต้อหินคิดเป็นร้อยละ 15 ของคนตาบอดทั่วโลก[2] จากข้อมูลการสำรวจสภาวะตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2555 - 2560[3] ดังนั้นในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรผู้ป่วยโรคต้อหินจำเป็นจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การหยอดยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และถูกวิธีตามแผนการรักษาเพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการควบคุมความดันในลูกตา และช่วยชะลอการสูญเสียสายตาอย่างถาวรได้ ส่วนการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นการติดตามผลของการรักษาเพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรค จากการประเมินความดันในลูกตา ประเมินความสามารถในการมองเห็น การตรวจขั้วประสาทตาและการตรวจวัดลานสายตา[4] การใช้ยาลดความดันในลูกตาอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ จากการศึกษาพบว่ายังมีผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวนมากที่ให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร โดยพบว่าอัตราความไม่ร่วมมือในการรักษาอยู่ระหว่างร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 80 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การบริหารยา อาการข้างเคียงจากยา หรือจากสภาวะของโรคไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรคต้อหินที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียสายตา หากไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งยังไม่ทราบวิธีการดูแลที่เหมาะสม[5] จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน ของวิภาวี เหล่าเทิดพงษ์[6] พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรัง ความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบว่าความรู้เรื่องโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหิน

จากสถิติผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารักษาในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน ร้อยละ 35.57 มีการสูญเสียการมองเห็นทั้งหมด โดยมีการสูญเสียการมองเห็น 1 ข้าง คิดเป็นร้อยละ 84.44 และมีการสูญเสียการมองเห็นตั้งแต่เริ่มรักษา ร้อยละ 51 จากการประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยโรคต้อหินเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การใช้สายตางานละเอียด เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ทำได้ดีเมื่อใช้แว่นตาเพียงร้อยละ 43.2 การเดินทางของผู้สูงอายุมองเห็นชัดเจนสามารถเดินทางคนเดียวได้ร้อยละ 63.9 และเมื่อมีปัญหาโรคตาพบว่า ร้อยละ 14.8 ปล่อยทิ้งไว้มีอาการมากจึงไปพบแพทย์ และร้อยละ 14.3 ซื้อยามาหยอดเอง หรือปรึกษาญาติ[7]จากการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยในผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ในเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคมพ.ศ. 2566 ที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต้อหิน เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นจากโรคต้อหิน 4 ราย ขาดการรับรู้ประโยชน์และผลของการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เช่น ผลดีของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในโรคต้อหิน 5 ราย อาการข้างเคียงของยาทำให้หยุดการใช้ยา 6 ราย หยอดยาไม่ตรงเวลา 8 ราย ไม่มาตรวจตามนัด 5 ราย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินขาดการรับรู้อันตรายของโรคต้อหินว่ารุนแรงจนทำให้ตาบอด ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรค อาจเนื่องจากประโยชน์ที่ได้จากการรักษาไม่ได้ปรากฏให้เห็นทันที นอกจากนี้ยังขาดการสนับสนุน หรือความร่วมมือของ

ผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น ทำให้อาการของโรคลุกลามมากขึ้นที่จะควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

จากลักษณะปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยโรคต้อหิน จะเห็นได้ว่าสามารถประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค[8] ตามแนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจในการป้องกันโรค มีองค์ประกอบของทฤษฎีมีกระบวนการรับรู้ 2 ประเภท คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ซึ่งกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม พูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต การสาธิต หรือการใช้ตัวแบบ ซึ่งการประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการประเมินการเผชิญปัญหา คือ มีความคาดหวังว่าผลลัพธ์ที่ตอบสนองจากการกระทำของตนเอง และความสามารถของตนในการทำสิ่งนั้นได้ จะทำให้มีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรค การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคต้อหินด้านข้อมูลข่าวสาร รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนแก่ผู้ป่วยโรคต้อหิน จากการศึกษาที่ผ่านมา เรวดี สุราทะโก[9] ใช้ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหินเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ โรเจอร์[8] มาเป็นกรอบในการพัฒนา พบว่า การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน นอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคต้อหินและผู้ที่มีปัญหาในการมองเห็นให้มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังเรื่อง กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง และตัวแปรตามได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568–เมษายน พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังในงานวิจัยเรื่อง มีดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อหินและการส่งเสริมการดูแลตนเอง

1.2 สร้างโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหิน

1.3 สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไป try out กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

1.5 ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน

2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.3 ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

2.4 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่กำหนดไว้

2.5 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง

3. ขั้นวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรตามด้วยสถิติเชิงพรรณนา

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามก่อนและหลังการทดลองด้วย paired t-test

3.3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ ถ้ามี

3.4 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

3.5 เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์และจัดทำบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือน เมษายน ๒๕๖๘

กลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2568 – เดือน เมษายน พ.ศ. 2568 จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นต้อหิน 2) เป็นผู้ป่วยโรคต้อหินวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ระดับสายตาข้างที่ดีที่สุดหลังแก้ไขด้วยแว่นแล้วไม่ต่ำกว่า 3/60 4) มีระดับความดันลูกตาไม่เกินกว่า 30 มม.ปรอท 5) ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอดทั้งสองข้าง 6) ไม่มีหูตึง 7) การรับรู้และสติสัมปชัญญะดีไม่มีประวัติของโรคจิต โรคประสาท 8) สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้ 9) สมัครใจเข้าร่วมทำวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ย้ายถิ่นหรือที่อยู่อาศัยในระยะที่ศึกษาวิจัย 2) ได้รับการเปลี่ยนแปลงการรักษาจากเดิม เช่น การเปลี่ยนยา เพิ่มยา การผ่าตัด เลเซอร์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จากการศึกษานำร่องภายใต้สมมุติฐาน พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีค่าความดันลูกตาข้างที่เป็น มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 29.5 (± 16.5) และหลังจากใช้โปรแกรมส่งเสริม การดูแลตนเองคาดว่าความดันลูกตาข้างที่เป็นจะลดลงเท่ากับ 21 ใช้การทดสอบ two sided ด้วยความคลาดเคลื่อน ชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ร้อยละ 5 และ power ร้อยละ 80 กำหนดได้จำนวนผู้ป่วย 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ประกอบด้วย

1) คู่มือการสอนผู้ป่วยโรคต้อหินสำหรับเจ้าหน้าที่ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหินเพื่อ

ควบคุมระดับความดันลูกตาของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยของ เรวดี สุราทะโก (2557) ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ

2) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคต้อหิน ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคต้อหินและวิธีการปฏิบัติตัว

3) คู่มือการหยอดตา ประกอบด้วยวิธีการและขั้นตอนการหยอดตาที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้อหิน

2) แบบวัดความรู้โรคต้อหิน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคต้อหินของ เรวดี สุราทะโก[9] ลักษณะคำถามแบบถูกผิด จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

ระดับสูง เท่ากับ 8-10 คะแนน

ระดับปานกลาง เท่ากับ 6-7 คะแนน

ระดับต่ำ เท่ากับ 0-5 คะแนน

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันลูกตา โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการหยอดยา เป็นการประเมินพฤติกรรมการหยอดยา 1 เดือน ย้อนหลังนับจากวันที่สอบถามเกี่ยวกับการหยอดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ขนาด จำนวนครั้ง เวลาหยอดยา ความสม่ำเสมอในการใช้ยา เกณฑ์การให้คะแนน ทุกครั้งให้ 4 คะแนน เกือบทุกครั้ง ให้ 3 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคย ให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน

ระดับสูง เท่ากับ 32-40 คะแนน

ระดับปานกลาง เท่ากับ 24-31 คะแนน

ระดับต่ำ เท่ากับ 0-23 คะแนน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการหยอดตาที่ถูกวิธี เป็นการประเมินขั้นตอนการหยอดตาจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การตรวจสอบชื่อยา การล้างมือ การเขย่าขวดยา การจัดท่าหยอดตา การเปิดเปลือกตา และการหยอดยาลงตา เกณฑ์ตัดสินคะแนน หยอดตาถูกต้องได้ 1 คะแนน หยอดตาผิดได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

ระดับสูง เท่ากับ 8-10 คะแนน

ระดับปานกลาง เท่ากับ 6-7 คะแนน

ระดับต่ำ เท่ากับ 0-5 คะแนน

6) เครื่องวัดความดันลูกตา (Tonmeter) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความดันลูกตามีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงจากหน่วยวิศวกรรมทางการแพทย์ทุกปี

7) ตารางบันทึกผลทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน แบบวัดความรู้โรคต้อหิน แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันลูกตาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของภาษา แล้วนำไปปรับแก้ตามคำแนะนำ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (index of item congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้โรคต้อหิน แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันลูกตา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหินที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา จำนวน 10 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Chronbach's Alfha Coefficience) ได้ค่าดังนี้ แบบวัดความรู้โรคต้อหิน เท่ากับ.70 แบบวัดพฤติกรรมการหยอดยา เท่ากับ .83

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเลขที่ 002/2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรตาม ซึ่งได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าการมองเห็น (Visual Acuity), ความดันลูกตา ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันลูกตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยใช้สถิติ ดังนี้ เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าการมองเห็น (Visual Acuity), ความดันลูกตา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันลูกตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ศึกษาทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เป็นเพศชาย 17 (56.67%) ราย เพศหญิง 13 (43.33%) ราย รวมทั้งหมด 30 ราย อายุเฉลี่ย 68.53 (±9.23) ปี อายุอยู่ระหว่าง 45 ถึง 87 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 56.60 (±10.98) กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 159.17 (±7.12) เซนติเมตร ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน 9 (30.00%) ราย โรคไตวายเรื้อรัง 4 (13.33%) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล และจำนวนมาติดตามอาการตามนัดเป็น 4 ครั้ง/สัปดาห์

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก

2.1 ค่าการมองเห็น (Visual Acuity), ความดันลูกตา ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

ความดันลูกตาด้านขวา ก่อนใช้โปรแกรม มีความดันลูกตาเฉลี่ย 20.4 (±7.88) หลังใช้โปรแกรมมีความดันลูกตาเฉลี่ยลดลง 14.2 (±5.70) ($p<0.001$) ความดันลูกตาด้านซ้าย ก่อนใช้โปรแกรม มีความดันลูกตาเฉลี่ย 24.6 (±14.67) หลังใช้โปรแกรมมีความดันลูกตาเฉลี่ยลดลง 13.63 (±7.04) ($p<0.002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันลูกตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

คะแนนความรู้โรคต้อหินหลังใช้โปรแกรมเพิ่มมากขึ้นจาก 5.26 (±1.33) คะแนนเป็น 7.16 (±1.17) คะแนน ($p<0.001$) คะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันลูกตาหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นจาก 26.06 (±6.74) คะแนนเป็น 29.33 (±4.85) คะแนน ($p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการประเมินพฤติกรรมการหยอดยาก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ผลลัพธ์	ก่อนใช้โปรแกรม (n=30)		หลังใช้โปรแกรม (n=30)		P-Value
	mean	(±SD)	mean	(±SD)	
คะแนน					
ความรู้โรคต้อหิน	5.26	±1.33	7.16	±1.17	<0.001
พฤติกรรมการควบคุมความดันลูกตา	26.06	± 6.74	29.33	±4.85	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคะแนนความรู้โรคต้อหิน พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการหยอดตาที่ถูกวิธีเพิ่มขึ้น และมีระดับความดันลูกตาลดลง มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมดังกล่าวมีขั้นตอนการให้ความรู้ อย่างชัดเจน โดยมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วย และเสริมความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ ให้เข้าใจ ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักซักถามปัญหาอย่างเป็นกันเอง นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคต้อหิน ซึ่งอาจทำให้ตาบอด และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจึงเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริง จึงมีความมุ่งมั่น พัฒนาตนเองในการปฏิบัติตัว ให้ความร่วมมือในการรักษา หยอดยาได้ถูกต้อง และคาดหวังในผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติ ส่งผลให้ระดับความดันลูกตาลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรวดี สุราทะโก[9] พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหินเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต้อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตา และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันลูกตาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ รวมถึงการศึกษาของ เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในผู้ป่วยต้อหินมุมเปิดที่มีระดับความดันตาสูง ในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ใช้กรอบแนวคิด The information-motivation-behavioral (IMB) model ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การให้ข้อมูล 2) การสร้างแรงจูงใจ และ 3) การพัฒนาทักษะ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยต้อหินมุมเปิดที่มีระดับความดันตาสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และการศึกษาของ วันทนา รัตนมณี[11] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต้อหินเพื่อควบคุมความดันลูกตา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต้อหินเพื่อควบคุมความดันลูกตา มีความรู้โรคต้อหิน การรับรู้ความรุนแรงของโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีความดันลูกตาสูง ความคาดหวังในผลของการตอบสนองจากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดัน ลูกตา และพฤติกรรมการหยอดยา พฤติกรรมการหยอดตาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีระดับความดันลูกตา ลดลงมากกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการศึกษาวิจัย รูปแบบการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินที่พัฒนาขึ้นพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคต้อหินที่เข้าร่วมโปรแกรม มีระดับคะแนนความรู้โรคต้อหิน และพฤติกรรมการหยอดตาที่ถูกวิธีเพิ่มขึ้น และมีระดับความดันลูกตาลดลง หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยโรคต้อหิน หลังจากใช้รูปแบบการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินเป็นระยะ ๆ ทุก 3 เดือน

2. ควรส่งเสริมการนำรูปแบบการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินทุกรายที่มา

รับบริการที่หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก และใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุโดยเฉพาะที่ควบคุมความดันลูกตาไม่ได้ เพื่อให้สามารถควบคุมความดันลูกตาได้ เป็นการป้องกันการสูญเสียการมองเห็น

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และปรัศนีย์ พันธุกสิกร. (2562). ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารสภาการพยาบาล, 34(4).
2. World Health Organization. (2021). Blindness and vision impairment. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment
3. ภารดี จันทรรัตน์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
4. ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์. (2561). ตำราจักษุวิชาการเล่ม 1. ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
5. Songwatthannayuth, S., Savatsuwa, B., & Nongnouch, S. (2019). Effects of a family nursing intervention based on the Illness Believe model on ability of health behavior in post operation of cataract patients and ability of health behavior of their families with cataract patients. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 1(2), 16-31.
6. วิภาวี เหล่าเทิดพงษ์. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. รายงานตัวชี้วัด การพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะสาขาการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. (2566).
8. Roger, R. W. (1986). Protection Motivation Theory. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), Health Education Research Theory and Practice (Vol. 1, pp. 153-161).
9. เรวดี สุราทะโก. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหินเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตาของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
10. เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตติกุล. (2554). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
11. วันทนา รัตน์มณี. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

The development a care model for pregnant women with urine methamphetamine test results. Thatphanom Crown Prince Hospital.

(Received: May 28,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 5,2025)

พงศ์อนันต์ จันดารัตน์[1]
Pong-anan Chundarat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและ ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างเดียว วัดผลก่อน-หลัง (One-group, Pretest-Posttest Design) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล, แบบคัดกรอง ASSIST Version 3.1, แบบประเมินความเครียด (ST-5), ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ และผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลส่วนบุคคล, แบบคัดกรอง ASSIST Version 3.1 และผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ แบบประเมินความเครียด (ST-5) และความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัย หลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะชนิด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, กัญชา, ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน, ใบกระท่อม และสารผสมน้ำต้มใบกระท่อม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับและยาหลอนประสาทอยู่ในระดับต่ำ ผลการประเมินความเครียด (ST-5) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.85 (SD=4.04) อยู่ในระดับสงสัยว่ามีปัญหาความเครียด หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 2.10 (SD=2.04) ลดลงอยู่ในระดับไม่มีความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความรู้เกี่ยวการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ ก่อนร่วมกิจกรรมคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.00 (SD=2.15) หลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.90 (SD=.44) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ก่อน-หลังร่วมกิจกรรมตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะจากร้อยละ 100 ลดลงเหลือ ร้อยละ 15

คำสำคัญ หญิงตั้งครรภ์, เมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

Abstract

This Research and Development aimed to study the model and outcomes of caring for pregnant women with methamphetamine test results in urine at Thatphanom Crown Prince Hospital. The sample consisted of 20 pregnant women with methamphetamine test results in urine Purposive Sampling. The single sample group measured before and after (One-group, Pretest-Posttest Design). The instruments used for data collection included personal data, the ASSIST Version 3.1 screening form, the ST-5 stress assessment form, knowledge about drug use in pregnant women, and the urine methamphetamine test results. Data analysis: personal data, the ASSIST Version 3.1 screening form, and the urine methamphetamine test results using the count, percentage, the ST-5 stress assessment form, and knowledge about drug use in pregnant women. The analysis used the mean and standard deviation. Compare before and after participating in the activity using Pair t-test statistics.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

The research results were after participating in the activity, the relevance scores for specific substances, including tobacco products, alcohol beverages, cannabis, amphetamine stimulants, kratom leaves, and kratom leaf decoction, were at a moderate level. Sedatives or sleeping pills and hallucinogens were at a low level. The stress assessment result (ST-5) before participating in the activity had an average score of 4.85 (SD=4.04), which was at a level suspected of having stress problems. After participating in the activity, the average score was 2.10 (SD=2.04), which decreased to a level without stress, with a statistically significant difference at the .05 level. Knowledge score on drug use during pregnancy Before participating in the activity, the average knowledge score was 8.00 (SD=2.15). After participating in the activity, the average knowledge score increased to 9.90 (SD=.44), with a statistically significant difference at the .05 level. The results of the urine methamphetamine test in pregnant women before and after participating in the activity showed that methamphetamine in the urine decreased from 100 percent to 15 percent.
Keywords: pregnant women, methamphetamine in urine

บทนำ

จากรายงานยาเสพติดโลกปี 2020 ของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกสูงขึ้น ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกพบผู้ใช้สารเสพติดสูงกว่าภูมิภาคอื่นทั่วโลก และประเทศไทยพบผู้กระทำผิดคดียาบ้ามากที่สุด ซึ่งยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เป็นยาเสพติดที่พบว่า มีการใช้เพิ่มมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ เมทแอมเฟตามีนเป็นอนุพันธ์ของแอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางโดยกระตุ้นการหลั่ง โดปามีนและยับยั้งการเก็บกลับทำให้ผู้เสพมีอาการไม่อยู่นิ่ง ลดความอยากอาหารรู้สึกผ่อนคลายและสมาธิลดลง[1] ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นทางด้านสังคมที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือในลักษณะที่ไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด และต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิทยาการ ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะต้องให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก และต่อเนื่องตลอดระยะการตั้งครรภ์ การเกิดภาวะเสี่ยงทำสูติกรรมทั้งต่อมารดาและทารกภายหลังคลอด เช่น ปัญหาของอาการถอนยาในมารดาหรือในทารกแรกเกิด (neonatal abstinence syndrome) การเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา การเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโอกาสเสี่ยงต่อการที่มารดากลับไปเสพยาใหม่ซ้ำอีก[2]

อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองสารเสพติดประเภทตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1,064, 1,263 และ 615 ราย ตามลำดับ ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ จำนวน 22, 25 และ 12 คน ตามลำดับ ร้อยละ 2.06, 1.97 และ 1.95 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด และเมื่อจำแนกหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ จำนวน 59 ราย แบ่งเป็น 3 ระดับ พบว่า (1)ระดับ “ผู้ใช้” จำนวน 3 ราย ร้อยละ 5.08 (2) ระดับ “ผู้เสพ” จำนวน 38 ราย ร้อยละ 64.4 (3) ระดับ “ผู้ติด” จำนวน 20 ราย ร้อยละ 33.89 ตามลำดับ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ในปีพ.ศ. 2564-2566 มากที่สุดคือ 1) ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) จำนวน 12, 8 และ 6 ราย ตามลำดับ ร้อยละ 54.54, 32 และ 50 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 พบทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 4.54 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ[3]

จากการทบทวนรูปแบบการปฏิบัติงานเดิมในคลินิกฝากครรภ์ คือ หญิงตั้งครรภ์ทุกราย หลังได้รับการซักประวัติ คัดกรองตามแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์ หากตรวจพบสารเสพติดทุกชนิดในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการส่งต่อเข้ารับการ

บำบัดรักษาที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โดยนักจิตวิทยาหรือพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตจะทำการประเมินอาการและบำบัดรักษา จากนั้นส่งกลับมานัดติดตามอาการในคลินิกฝากครรภ์ จากระบบบริการดังกล่าวมาพบปัญหา คือ 1) ระยะเวลารอคอยในการบำบัดรักษานานขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์บางรายไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง 2) เกิดความกลัว วิตกกังวลที่ต้องไปรับบริการหลายแผนก จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะแบบเบ็ดเสร็จในที่เดียว (One Stop Service) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้มารับบริการมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบและผลของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568 จำนวน 20 ราย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ 3) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ประสงค์ขอถอนตัวไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม 2) มีการย้ายถิ่นฐาน 3) ย้ายสถานที่ฝากครรภ์ไปสถานบริการอื่นๆ ไม่สามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาประชุมระดมสมองกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประวัติตั้งครรภ์ ประสบการณ์ในการใช้สารเสพติด และอาการหลังการใช้เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า)

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรอง ASSIST Version 3.1, แบบประเมินความเครียด (ST-5), แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ และผลการตรวจหาเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะหลังร่วมกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.81 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach , s alfa Coefficient) เท่ากับ 0.79

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะและรูปแบบการปฏิบัติงานเดิม โดยการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โดยใช้กระบวนการ PDSA Cycle ดังนี้

การวางแผน (Plan): วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเดิม ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระดมสมองทีมสหวิชาชีพ และจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

การดำเนินการ (Do): การกำหนดเป้าหมายวางแผนร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ ค้นหาวิธีทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของหญิงตั้งครรภ์

การศึกษาผล (Study): ทบทวนรูปแบบหลังการพัฒนา (after action review) เมื่อครบ 3 เดือน ตรวจสอบว่ามีขั้นตอนอะไรใหม่ๆ เกิดขึ้น วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ค้นหาโอกาสพัฒนาในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินงาน

การแก้ไขปรับปรุง (Act): ปรับปรุงรูปแบบ/ขั้นตอนการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น ในส่วนที่ยังมีช่องว่างอยู่โดยการวางแผนการบำบัดรักษาระหว่างเจ้าหน้าที่และหญิงตั้งครรภ์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ประเมินกระบวนการดำเนินงานและรูปแบบการดำเนินงานใหม่ที่พัฒนาขึ้น 2) สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ก่อน-หลังการพัฒนา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ 052/67 ได้รับการอนุมัติวันที่ 5 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ได้แก่ การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงตนเอง, ตั้งเป้าหมายลด ละเลิกสารเสพติด, เรียนรู้การบำบัดด้วยตนเองด้วยและการดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม เป็นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55 สถานภาพ สมรส มากที่สุด ร้อยละ 85 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 35 อาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,000-5,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 55 ประวัติการตั้งครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 55 ประสบการณ์ในการใช้สารเสพติดใช้ยากลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มากที่สุด ร้อยละ 100 อาการภายหลังการใช้สารเสพติดใช้ยากลุ่มแอมเฟตามีน คือ มีภาวะนอนหลับยากมากที่สุด ร้อยละ 60

2. ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน ASSIST V 3.1 พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะทุกชนิดอยู่ในระดับปานกลาง หลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะชนิด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, กัญชา, ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนใบกระท่อม และสารผสมน้ำต้มใบกระท่อม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับและยาหลอนประสาทอยู่ในระดับต่ำ

3. ผลการประเมินความเครียด (ST-5) พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 4.85 (SD=4.04) อยู่ในระดับสงสัยว่ามีปัญหาความเครียด หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 2.10 (SD=2.04) ลดลงอยู่ในระดับไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง เปรียบเทียบผลการประเมินความเครียด (ST-5) ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลคะแนนการประเมินความเครียด (ST-5) เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=20)

ตัวแปร	Paired Differences					
	Mean	SD	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
ผลคะแนนการประเมินความเครียด (ST-5)	2.75	2.40	1.62	3.87	5.11	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความรู้เกี่ยวการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ ผลคะแนนความรู้เกี่ยวการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.00 (SD=2.15) หลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.90 (SD=.44)

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=20)

ตัวแปร	Paired Differences					
	Mean	SD	95% CI		t	p-value
			Lower	Upper		
ความรู้เกี่ยวการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์	-1.90	1.94	-2.80	-.99	-4.37	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะเมื่อครบ 3 เดือน ก่อนร่วมกิจกรรมผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ร้อยละ 100 หลังร่วมกิจกรรมตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะลดลงเหลือ จำนวน 3 คน ร้อยละ 15

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยใช้กระบวนการ PDSA ประกอบด้วย ขั้นวางแผน (Plan) ประชุมระดมสมองทีมสหวิชาชีพจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะในคลินิกฝากครรภ์ ขั้นดำเนินการ (Do) โดยกำหนดเป้าหมายวางแผนร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้แบบประเมิน ASSIST Version 3.1 ส่งต่อเพื่อรับการบำบัดตามระดับคะแนนและปัญหาที่พบโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ขั้นศึกษาผล (Study) ประเมินติดตามด้วย (1) แบบประเมิน ASSIST Version 3.1 (2) คะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะชนิด (3) ประเมินความเครียด (ST-5) (4) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์และผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์เมื่อครบ 3 เดือน และขั้นแก้ไขปรับปรุง (Act) โดยการพัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service ในคลินิกฝากครรภ์ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศุภสิทธิ์ สุขี[4] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ใน

โรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดได้ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา แนวทางปฏิบัติเดิมพร้อมทบทวนแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้รับชอบที่เกี่ยวข้อง 2) การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3) การสังเกตและติดตามผล ประเมินจากข้อมูลเวชระเบียนการรักษาของกลุ่มเป้าหมาย ผลคือการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

2. ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน ASSIST Version 3.1 พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะทุกชนิดอยู่ในระดับปานกลาง หลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเกี่ยวข้องกับสารเฉพาะชนิด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, กัญชา, ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนใบกระท่อม และสารผสมน้ำต้มใบกระท่อม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับและยาหลอนประสาทอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนัชชา ป้านภูมิ[5] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะราย (Individual care plan) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์ในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารเสพติดชนิดอื่นๆ เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 50 เคยใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 100.0 และอยากใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนอย่างรุนแรงเกือบทุกวัน ร้อยละ 16.7 มีความกังวลหรือตักเตือนเรื่องการใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ร้อยละ 33.3 เคยมีความพยายามหยุดใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) แต่ทำไม่สำเร็จ ร้อยละ 50.0 ระดับความเสี่ยงของการเคยรู้สึกเคยใช้ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า) คะแนนเฉลี่ย 15 คะแนน (S.D.= 11.83) แปลผลระดับความเสี่ยงภาพรวมปานกลาง

3. การประเมินความเครียด (ST-5) พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 4.85 (SD=4.04) อยู่ในระดับสงสัยว่ามีปัญหาความเครียด หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 2.10 (SD=2.04) ลดลง อยู่ในระดับไม่มีความเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ (2566)[6] ศึกษา การใช้เมทแอมเฟตามีนและความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้เมทแอมเฟตามีน และใช้ในขณะตั้งครรภ์ มีสัดส่วนความเครียดระดับมาก มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มที่ใช้เมทแอมเฟตามีนในอดีตและปัจจุบันมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

4. คะแนนความรู้เกี่ยวการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ พบว่าก่อนร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.00 (SD=2.15) หลังร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.90 (SD=.44) เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์ และน้องนุช แสนบรรดิษฐ์[7] ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด ($\bar{X}$=19.43, S.D=1.11) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=17.17, S.D=1.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

5. ผลตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ก่อนร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างตรวจพบสารเมทแอม เฟตามีนในปัสสาวะร้อยละ 100 หลังร่วมกิจกรรมตรวจลดลงเหลือ ร้อยละ 15

สอดคล้องกับศุภสิทธิ์ สุขี[4] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่าจากข้อมูลเวชระเบียนการรักษาของกลุ่มเป้าหมายผลคือ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังนำรูปแบบมาใช้กลุ่มทดลองมีผู้กลับมารักษาซ้ำ 17 คน ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีผู้กลับมารักษาซ้ำ 9 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.05) และการกลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 6 สัปดาห์ หลังนำรูปแบบมาใช้กลุ่มทดลองมีผู้กลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำ 3 คน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 5 คน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.05) และยังสอดคล้องกับนุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร[8] ศึกษาแบบมีส่วนการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน หลังหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (M=106.0, SD= 7.72) สูงกว่าก่อนได้รับ (M=96.13, SD=11.3 (1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 (2) อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 100 (3) อัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 80 และ 66.66 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการประเมินพฤติกรรมครอบคลุมทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้มีการจัดการตนเองสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดได้อย่างเหมาะสม

2. หน่วยงานมีรูปแบบการบำบัดรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะในคลินิกฝากครรภ์อย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์ (2564). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 4; 18(2): 105-111.
2. นทสรวง ชาวปรางค์. (2565). ผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างการตั้งครรภ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการถอนยาในทารก. *เชียงรายเวชสา,*14(2): 118-130
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม, 2567. รายงานห้องคลอด.
4. ศุภสิทธิ์ สุขี. (2567). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาครัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(4). 1-16.
5. นัชชา ป้านภูมิ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะราย (Individual care plan) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3): 42-52.
6. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ดวงพร แสงสุวรรณ, อัญชลี อ้วนแก้วและกัตติกา วังทะพันธ์. (2566). การใช้เมทแอมเฟตามีนและความเครียดในหญิงตั้งครรภ์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 31(3): 370-378.
7. พรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์ และน้องนุช แสนบรรดิษฐ์. (2566). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดการกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 26(1). 12-25.
8. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์, 13(2); 17-30.

การประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น
Evaluation of Palliative Care Guidelines in Khon Kaen Province, Thailand.

(Received: May 30,2025 ; Revised: June 3,2025 ; Accepted: June 4,2025)

นิธิมา ศรีแก้ว[1] ,เตือนใจ ภูสระแก้ว[2]
Nithima srikaew[1] ,Thuanjai Poosakaew[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล(Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของบุคลากรกับแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 78 คน โดยใช้รูปแบบ CIPP Model ประเมินผลด้านบริบท(Context) ปัจจัยนำเข้า(Input) กระบวนการ(Process)และผลผลิต(Product) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยการใช้สถิติสหสัมพันธ์(Correlation) หรือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ผลการประเมินการแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.64; SD=0.47) และผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของบุคลากรกับแนวทางการปฏิบัติ พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง(r=0.76 ;p value <0.001)

คำสำคัญ การประเมินผล, แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

This research is an Evaluation Research. This study aimed to evaluate Palliative Care Guidelines in Khon Kaen Province and the relationship between personnel satisfaction and palliative care practice guidelines. The study population is healthcare professionals in Khon Kaen Province. The sample size is 78 personnel. This evaluation research used the CIPP Model, such as context, input, process, and output. Data analysis used percentage, mean, standard deviation, and correlation analysis using correlation statistics or Pearson correlation coefficient.

The result showed that evaluating Palliative Care Guidelines at a high level($\bar{X}$ =4.64; SD=0.47), and the relationship between personnel satisfaction and palliative care practice guidelines at a high level(r=0.76 ;p value <0.001).

Keywords: Evaluation Research, Palliative Care Guidelines, End-of-life patient

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพและควรบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการ

[1] พยาบาลวิชาชีพ(ชำนาญการ), สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น Corresponding Author.
[2] พยาบาลวิชาชีพ(ชำนาญการพิเศษ), คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการ สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระดับชาติในปี พ.ศ. 2560 เพื่อให้สถานพยาบาลทั่วประเทศนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางไปปฏิบัติยังพบความท้าทายในหลายด้าน ทั้งเรื่องของความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ตลอดจนความเข้าใจผิดว่าการดูแลแบบประคับประคองใช้สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น

จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ Palliative Care[1] ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6,866 คน ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 9,173 คน ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 9,396 คน โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ Palliative Care เพิ่มขึ้นตามลำดับทุกปี ทั้งนี้จากการเยี่ยมสำรวจของผู้ประเมิน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความมั่นใจและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย และด้านระบบบริการการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง และการเข้าถึงยาบรรเทาอาการปวดและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นยังมีข้อจำกัด ซึ่งจังหวัดขอนแก่นได้มีพัฒนาระบบบริการระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคองในทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 26 แห่งจนถึงปัจจุบัน ทำให้เกิดระบบการศูนย์ดูแลประคับประคองในทุกโรงพยาบาล แต่คุณภาพการจัดการยังเป็นสิ่งที่ต้องประเมินและพัฒนาการประเมินผลการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการนำแนวทางไปปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการประเมินผลการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปปฏิบัติในโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของบุคลากรกับแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model Daneil L. Stufflebeam[2] เพื่อประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น โดยมีรูปแบบการประเมินทั้ง 4 ด้าน 1) ด้านบริบท (Context) 2) ปจจัยนำเข้า (Input) 3) กระบวนการ (Process) และ 4) ผลผลิต (Product)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น และขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้านบุคคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 78 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยแบบ

ประคับประคอง ที่น้อยกว่า 6 เดือน ณ วันที่ไปเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ส่วน **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าดูแลผู้ป่วย **ส่วนที่ 2** แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้ และ **ส่วนที่3** แบบสอบถามการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรประเมินค่าของ Likert scale ตาม Streiner DL., Norman G. (1995)[3]แบ่งออกเป็น 5 ระดับ แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย[4]ดังนี้ ระดับมากที่สุด(4.50-5.00 คะแนน) ระดับมาก(3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง(2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) และ ระดับน้อยที่สุด(1.00-1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)[5] มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้ r=0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship) r = ± 0.01 ถึง ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ(Weak Relationship) r = ± 0.31 ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship) r = ± 0.71 ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship) r = ± 1 หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลหลักโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกันกับโรงพยาบาลที่ทำการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้ และแบบสอบถามการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้เท่ากับ 0.89 และ 0.78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูล บริบทเกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สภาพปัญหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. ดำเนินการสำรวจประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจการบริการสุขภาพผู้ป่วยแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบนเบี่ยงมาตรฐาน และ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) หรือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson correlation coefficient)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์เลขที่รับรอง EC 070/2567 วันที่ 22 เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น โดยมีรูปแบบการประเมินทั้ง 4 ด้าน 1) ด้านบริบท (Context) 2) ปจจัยนำเข้า (Input) 3) กระบวนการ

(Process) และ 4) ผลผลิต (Product) มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านบุคคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 78 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและกลุ่มอายุอยู่ในช่วง 30-45 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 80.8 รองลงมาระดับปริญญาโท จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 และน้อยที่สุด ระดับการศึกษาปริญญาเอก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.60 ประเภทตำแหน่งส่วนใหญ่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมา คือ ตำแหน่งเภสัชกร จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 และน้อยที่สุด คือ แพทย์ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 29.50 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนใหญ่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านนี้ ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 50

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของบุคลากรกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น พบว่าความพึงพอใจของบุคลากรกับแนวทางการปฏิบัติคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.76 ;p value <0.001) สำหรับความพึงพอใจกับแนวทางการปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง แนวทางการปฏิบัติการวางแผนดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยใน แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน แนวทางการปฏิบัติการติดตาม ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับปานกลาง **ดังแสดงในตารางที่ 1**

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้ กับความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น (N=78)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์ความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติ			
	$\bar{x}$; SD	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p value	ระดับความสัมพันธ์
1. แนวทางการปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	4.55(0.55)	0.68	<0.001	ปานกลาง
2. แนวทางการปฏิบัติการวางแผนดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยใน	4.48(.63)	0.68	<0.001	ปานกลาง
3. แนวทางการปฏิบัติคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	4.51(0.59)	0.76	<0.001	สูง
4. แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน	4.43(0.67)	0.64	<0.001	ปานกลาง
5. แนวทางการปฏิบัติการติดตาม ส่งต่อดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	4.56(0.57)	0.59	<0.001	ปานกลาง
6. แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หน่วยบริการปฐมภูมิ	4.48(0.61)	0.70	<0.001	ปานกลาง

3. ผลการประเมินการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านบริบท (Context) 2) ปจจัยนำเข้า (Input) 3) กระบวนการ (Process) และ 4) ผลผลิต (Product) พบว่า ภาพรวมผลการประเมินผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.64; SD=0.47) และด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยประเมินมากที่สุด ได้แก่ ด้านบริบท(Context) ประกอบด้วย การพัฒนาแนวทางและโครงสร้างการจัดระบบ ($\bar{x}$ =4.62; SD=0.49)และด้านผลผลิต(product) ได้แก่ ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงานและตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้($\bar{x}$ =4.61; SD=0.54)สำหรับด้านปัจจัยนำเข้า(Input) ซึ่งประกอบด้วย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ความพร้อมของทรัพยากรและแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ค่าเฉลี่ยการประเมินการพัฒนารองลงมา ($\bar{x}$ =4.56; SD=0.47)

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ด้านบริบท (Context) ด้านปจจัยนำเข้า(Input) ด้านกระบวนการ (Process) และ ด้านผลผลิต (product)กับแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองกับความสัมพันธ์ทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยการประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น เป็นการจัดทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้การดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผลลัพธ์ของการประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่นำไปปฏิบัติกับการดูแลผู้ป่วยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพกับแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามแนวทางการปฏิบัติคลินิกของทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง แต่ความสัมพันธ์ของความพึงพอใจของบุคลากรกับการปฏิบัติตามแนวทางการตรวจคัดกรอง การวางแผนการดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาวะฉุกเฉิน และการปฏิบัติติดตามส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า แนวทางการปฏิบัติเหล่านี้อาจจะมีขั้นตอนที่จะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้ตรงตามบริบทการทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับคอง สำหรับผลการประเมินการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามกรอบแนวคิด CIPP Model ประกอบด้วย 1) ด้านบริบท (Context) 2) ปจจัยนำเข้า(Input) 3) กระบวนการ (Process) และ 4) ผลผลิต (Product) พบว่า ภาพรวมผลการประเมินผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.64; SD=0.47) และการศึกษาความสัมพันธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามกรอบแนวคิด CIPP Model กับแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า ระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน และจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดขอนแก่น ตามขั้นตอนการปฏิบัติแนวทางการตรวจคัดกรอง การวางแผนการดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในภาวะฉุกเฉินและการปฏิบัติติดตามส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งงานวิจัยนี้ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกรเท่านั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครอบคลุมทั้ง กาย จิต สังคม ควรมีนักกายภาพบำบัด นักโภชนากรและนักจิตบำบัด ร่วมทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งนักกายภาพบำบัดสามารถประเมิน

สภาพร่างกายและให้คำแนะนำการจัดโปรแกรมการดูแลเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้ดี สำหรับนักโภชนากรสามารถดูแลให้คำแนะนำเรื่องการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และนักจิตบำบัด สามารถดูแลเรื่องจิตใจผู้ป่วยและญาติได้ การทำงานโดยทีมสหวิชาชีพที่ร่วมมือกันในการดูแลป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี[6] ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิรา ศรีสวัสดิ์[7] พบว่า ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและควรมีการฝึกอบรมพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ญาติผู้ป่วย เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ดูแลหลักและเกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแล[8]

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการศึกษาการติดตามประเมินผลในครั้งต่อไปควรศึกษาตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับโรงพยาบาลและระดับชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพการบริการของบุคลากรและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2565). รายงานประจำปี 2565: การดูแลแบบประคับประคอง.
2. Daneil L. Stufflebeam. The CIIP Model for Evaluation, International Handbook of Education Evaluation; 2003.
3. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use. 2nd. The United States: Oxford University Press; 1995.
4. Hertzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The Motivation to Work. New York: Transaction Publishers; 2010.
5. Likert R. The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
6. วราภรณ์ อ่อนอนงค์ และเยาวรัตน์ มัชฌิม. โปรแกรมการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็ง ทบทวนวรรณกรรม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ2 ก.พ.67]; 39(1): 158-169. เข้าถึงจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/181326/128589.
7. ชลธิรา ศรีสวัสดิ์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ25 มี.ค.68]; 19(1): 1-16. เข้าถึงจาก https://he02.tcithaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/269536.
8. Kaya Miyajima, Daisuke Fujisawa, Kimio Yoshimura, Masaya Ito, Satomi Nakajima, Joichiro Shirahase, et al. Association between Quality of End-of-Life Care and Possible Complicated Grief among Bereaved Family Members. [Internet]. 2025. [cited1Mac 24]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/264127994 Association between Quality of End-of Life Care and Possible Complicated Grief among Bereaved Family Members.

การศึกษาภาวะโพแทสเซียมต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

Hypokalemia as a risk of infected peritonitis in peritoneal dialysis patient.

(Received: May 24,2025 ; Revised: May 31,2025 ; Accepted: June 2,2025)

กุลกันยา ลิมปกรณ์กุล[1]
Kunlakanya Limpakornkul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโพแทสเซียมต่ำกับการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จากเวชระเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2567 จำนวน 79 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ 37 ราย และกลุ่มที่มีระดับโพแทสเซียมปกติ 42 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Fisher's exact test และ Independent t-test รวมถึงการวิเคราะห์ระยะเวลาปลอดเหตุการณ์ด้วยวิธี Kaplan-Meier และ Cox's proportional hazard model

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (55.7%) มีอายุเฉลี่ย 56.15 ปี ในกลุ่มที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำพบการเกิด peritonitis ร้อยละ 43.2 (16 จาก 37 ราย) ขณะที่กลุ่มที่มีระดับโพแทสเซียมปกติพบเพียงร้อยละ 28.6 (12 จาก 42 ราย) การวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิด peritonitis เพิ่มขึ้น 2.05 เท่า (Crude HR 2.05, 95%CI 1.03-3.63, p=0.040) และเมื่อปรับปัจจัยกวนใจแล้วพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2.52 เท่า (Adjusted HR 2.52, 95%CI 1.08-5.88, p=0.032) อุบัติการณ์ของ peritonitis ในกลุ่มที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำสูงกว่า (16.0 ต่อ 1,000 person-months เทียบกับ 9.09 ต่อ 1,000 person-months)

คำสำคัญ: ภาวะโพแทสเซียมต่ำ, ภาวะโพแทสเซียมปกติ, การติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้อง

Abstract

A retrospective cohort study aimed to investigate the association between hypokalemia and peritoneal dialysis-associated peritonitis in peritoneal dialysis patients. Study conducted using medical records of chronic kidney disease patients receiving peritoneal dialysis at Krabi Hospital between 2014-2024. A total of 79 patients were included: 37 patients with hypokalemia and 42 patients with normokalemia. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, independent t-test, Kaplan-Meier survival analysis, and Cox's proportional hazard model.

Results: Most patients were male (55.7%) with mean age of 56.15 years. Peritonitis occurred in 43.2% (16/37) of hypokalemic patients compared to 28.6% (12/42) of normokalemic patients. Risk analysis showed that hypokalemic patients had 2.05-fold increased risk of peritonitis (Crude HR 2.05, 95%CI 1.03-3.63, p=0.040), which increased to 2.52-fold after adjusting for confounding factors (Adjusted HR 2.52, 95%CI 1.08-5.88, p=0.032). The incidence rate of peritonitis was higher in hypokalemic group (16.0 vs. 9.09 per 1,000 person-months).

Keywords: Hypokalemia, Normokalemia, Peritonitis

บทนำ

การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis , PD) เป็นการขจัดของเสียออกจากร่างกายด้วยการใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วยผ่านท่อที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งสายนี้ต้องทำการผ่าตัดฝังเข้าไปในช่องท้อง วิธีการล้างไตทางช่องท้อง คือ ใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้อง แล้วให้ค้างไว้อยู่ในช่องท้องประมาณ 4-6 ชั่วโมง ในระหว่างนี้จะมีการกรองของเสียและเกลือแร่จากเลือดผ่าน ซึ่งต้องล้างไตทางช่องท้อง ทุกวัน วันละ 4 ครั้ง ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน [1] ซึ่งผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับ

[1] อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลกระบี่

การติดเชื้อ โดยเฉพาะภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเป็นหนึ่งในความผิดปกติทางเกลือแร่ที่พบได้บ่อยคิดเป็นร้อยละ 40-80 ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง[2] สาเหตุของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเกิดได้จากหลายกลไก เช่น รับประทานไม่เพียงพอ มีภาวะทุพโภชนาการ และมีโพแทสเซียมเคลื่อนที่เข้าเซลล์จากการกระตุ้นโดยอินซูลินหลังมีการใส่น้ำล้างไต ซึ่งเป็นสารละลายที่มีน้ำตาลสูงเข้าไปในช่องท้อง [3] นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียทางไตด้วยการปัสสาวะและหรือได้รับยาขับปัสสาวะร่วมด้วย รวมทั้งมีการสูญเสียโพแทสเซียมออกทางน้ำยาล้างช่องท้อง ซึ่งพบว่าการสูญเสียปริมาณโพแทสเซียมออกทางน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง 24 ชั่วโมง เฉลี่ยวันละ 27.9±6.9 มิลลิอิควิวาเลนท์ต่อวัน (mEq/Day)[4] บางการศึกษาพบว่าภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้อง (peritonitis) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ที่เป็นสาเหตุของการยุติการล้างไตทางช่องท้องและเสียชีวิต การทราบชนิดเชื้อก่อโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อมีความสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นในการวางแนวปฏิบัติ [2] อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำกับการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้อง ยังคงไม่มีข้อสรุปการศึกษาวิจัยบางชิ้นรายงานว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงบวก [5, 6] ในขณะที่ Fan และคณะ [7] และ Goncalves และคณะ [8] ปฏิเสธความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังนั้นถ้าทราบปัจจัยเสี่ยงและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขและป้องกันได้ จะสามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้อง และภาวะแทรกซ้อนระยะยาวแก่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้

เนื่องจากประสบการณ์ตรวจผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่โรงพยาบาลกระบี่ พบภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่เกิดการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้อง แต่ยังไม่มีการศึกษามากพอในประเทศไทย การทราบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโพแทสเซียมต่ำกับการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาและป้องกันในอนาคต ซึ่งปัจจุบันเริ่มมีการศึกษามากขึ้นในการให้ยากลุ่มออกฤทธิ์ต้านเรนนิน และ อัลโดสเตอโรน (RAAS inhibitor) และ ยากลุ่มออกฤทธิ์ต้านตัวจับมิเนอรัลคอติคอยด์ (MRA receptor antagonist) เพื่อรักษาภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยยาสองกลุ่มดังกล่าวสามารถทำให้มีปริมาณโพแทสเซียมในเลือดสูงขึ้น การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลการวิจัยต่อเนื่องเรื่องของการให้โพแทสเซียมให้เพียงพอโดยการให้ยาในกลุ่ม RASS Inhibitor และ MRA receptor antagonist รวมถึงเพิ่มผลประโยชน์ทางอ้อมในการคุมความดันโลหิตและภาวะบวมน้ำในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบบ่อยในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโพแทสเซียมต่ำกับการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

วิธีการวิจัย

การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective cohort study) จากแฟ้มข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องทั้งหมดที่รักษาในโรงพยาบาลกระบี่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2567 จำนวน 100 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน[9] กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่อย่างน้อย 79 ราย สุ่มอย่างง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม โดยจัดทำรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและไม่อยู่ในเกณฑ์คัดออก แล้วกำหนดหมายเลขลำดับให้กับผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นใช้ตารางเลขสุ่มในการสุ่มเลือกผู้ป่วยจำนวน 79 คน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนในประชากรมีโอกาสถูกเลือกเข้าศึกษาเท่าเทียมกัน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี 2) มีแฟ้มประวัติการรักษาที่สามารถสืบค้นได้ 3) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) มาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 4) มีการตรวจวัดระดับโพแทสเซียมในเลือดอย่างน้อย 2 ครั้ง ตลอดระยะเวลาที่ติดตามผลการรักษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเพื่อหวังผลสำหรับการรักษาภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน(acute kidney injury; AKI) 2) ขาดนัดการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป: เพศ อายุ โรคประจำตัว รายการยาที่ได้รับ วันเดือนปีที่เริ่มล้างไตทางช่องท้อง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการบำบัดทดแทนไต (dialysis vintage) จำนวนครั้งการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง (history of infected CAPD)

2) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย: ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean arterial pressure, MAP) ดัชนีมวลกาย อัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าโพแทสเซียม (potassium, K) ค่าโซเดียมไบคาร์บอเนต (bicarbonate, HCO^3) ค่าโซเดียม(sodium, Na) ค่าแมกนีเซียม (magnesium, Mg) ครีอะตินิน (creatinine, Cr) ค่าอัลบูมิน (albumin) ค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin) การได้รับยาโพแทสเซียมคลอไรด์ (potassium supplement) พบภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) พบภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) พบการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้อง (peritonitis) วันเดือนปีที่พบการติดเชื้อ เชื้อจุลชีพที่เป็นสาเหตุของภาวะอักเสบ (organism) ผลการรักษา (treatment outcome)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัยและการคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน

4. ผู้วิจัยหลักเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองตลอดการวิจัย โดยการคัดลอกข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล ตามหลักเกณฑ์ดังนี้ 1) ด้านการติดตาม (clinical follow-up) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามจนถึง 30 กันยายน 2567 (โดยมีระยะติดตามมากกว่า 12 เดือน) และทุกรายจะได้รับการดูแลรักษาทางคลินิกตามมาตรฐานจากอายุรแพทย์โรคไต ซึ่งไม่มีผลต่อการศึกษาในครั้งนี้ 2) การศึกษานี้กำหนดระยะเวลาปลอดเหตุการณ์ (survival time) จนถึงเหตุการณ์ (event) หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มล้างไตทางช่องท้องจนถึงพบการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องครั้งแรก (first peritonitis) ในระยะเวลาติดตามไม่เกิน 30 กันยายน 2567 3) การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจะใช้ผลตรวจครั้งสุดท้ายก่อนเกิด first peritonitis แต่กรณีผู้ป่วยไม่พบภาวะอักเสบจะใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งสุดท้ายในช่วงระยะติดตามไม่เกิน 30 กันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ซึ่งนำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยการทดสอบฟิชเชอร์เอคซ์แซคท์ (Fisher's exact test) สำหรับตัวแปรในลักษณะจำแนกประเภท หรือใช้ independent t-test สำหรับตัวแปรแบบต่อเนื่อง หาระยะเวลาปลอดเหตุการณ์ (Survival time) ได้จากวิธีแคแพลน-ไมเออร์ (Kaplan-Meier estimate)

และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำกับการเกิดภาวะอักเสบจากการติดเชื้อครั้งแรกด้วยการวิเคราะห์ time-to-event ชนิด univariable และ multivariable Cox' s proportional hazard model นำเสนอด้วยค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (hazard ratio) และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม STATA version 14.0 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ REC 67-0064

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 79 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia) 37 ราย และกลุ่มที่มีระดับโพแทสเซียมปกติ (Normokalemia) 42 ราย ลักษณะทางประชากรของทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในหลายด้าน โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (55.7%) มีอายุเฉลี่ย 56.15 ปี ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงปกติ (65-110 mmHg) คิดเป็นร้อยละ 79.7 และดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.99 kg/m²) คิดเป็นร้อยละ 81.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง (88.6%) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (44.3%) และโรคไขมันในเลือดสูง (36.7%) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีประวัติการติดเชื้อ (infected CAPD) และระยะเวลาการล้างไตไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยภาวะโพแทสเซียมต่ำ และผู้ป่วยภาวะโพแทสเซียมปกติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม ประกอบด้วย ค่าไบคาร์บอเนต (bicarbonate) ค่าโซเดียม (sodium) ค่าแมกนีเซียม (magnesium) ค่าครีอะตินีน (creatinine) ค่าอัลบูมิน (albumin) และค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin)

ความสัมพันธ์ของการมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำกับการเกิดภาวะอักเสบ

ในกลุ่มที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำพบการเกิด peritonitis ร้อยละ 43.2 (16 จาก 37 ราย) ในขณะที่กลุ่มที่มีระดับโพแทสเซียมปกติพบการเกิด peritonitis เพียงร้อยละ 28.6 (12 จาก 42 ราย) การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้วย Cox's proportional hazard model แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิด peritonitis เพิ่มขึ้น 2.05 เท่า (Crude HR 2.05, 95%CI 1.03-3.63, p=0.040) และเมื่อควบคุมปัจจัยกวนใจต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ความดันเลือดเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย และอัตราการกรองของไต พบว่าความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2.52 เท่า (Adjusted HR 2.52, 95%CI 1.08-5.88, p=0.032) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะโพแทสเซียมต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้อง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง Hypokalemia กับ Peritonitis

Hypokalemia	Peritonitis		Crude HR	95%CI	p-value	Adjusted HR*	95%CI	p-value
	Yes	No						
Yes	16(43.2)	21(56.8)	2.05	1.03-3.63	0.040	2.52	1.08-5.88	0.032
No	12(28.6)	30(71.6)	1.00			1.00		

*Adjusted for Sex, Age, MAP, BMI, and eGFR

ระยะเวลาปลอดเหตุการณ์ (Survival time)

จากการศึกษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องจำนวน 79 ราย พบว่ามีอุบัติการณ์ของภาวะ peritonitis 12.0 ต่อ 1,000 person-months เมื่อจำแนกตามภาวะ hypokalemia พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ hypokalemia มีอัตราการเกิด peritonitis สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับโพแทสเซียมปกติ (16.0 ต่อ 1,000

person-months เทียบกับ 9.09 ต่อ 1,000 person-months) และมีระยะเวลาปลอดจากการเกิด peritonitis ที่ระดับ 25% สั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (log-rank test p-value = 0.0320) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 **การวิเคราะห์ระยะเวลาปลอดการติดเชื้อ (Survival analysis) ตามสถานะภาวะโพแทสเซียมต่ำในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง**

Hypokalemia	Number of subjects	Total person-time (months)	Number of events	Incidence rate (per 1000 person-months)	25% survival time (months)	Median of survival time (months)
No	42	1,320	12	9.09	25	-
Yes	37	1,000	16	16.0	19	24
Total	**79**	**2,320**	**23**	12.0	**22**	

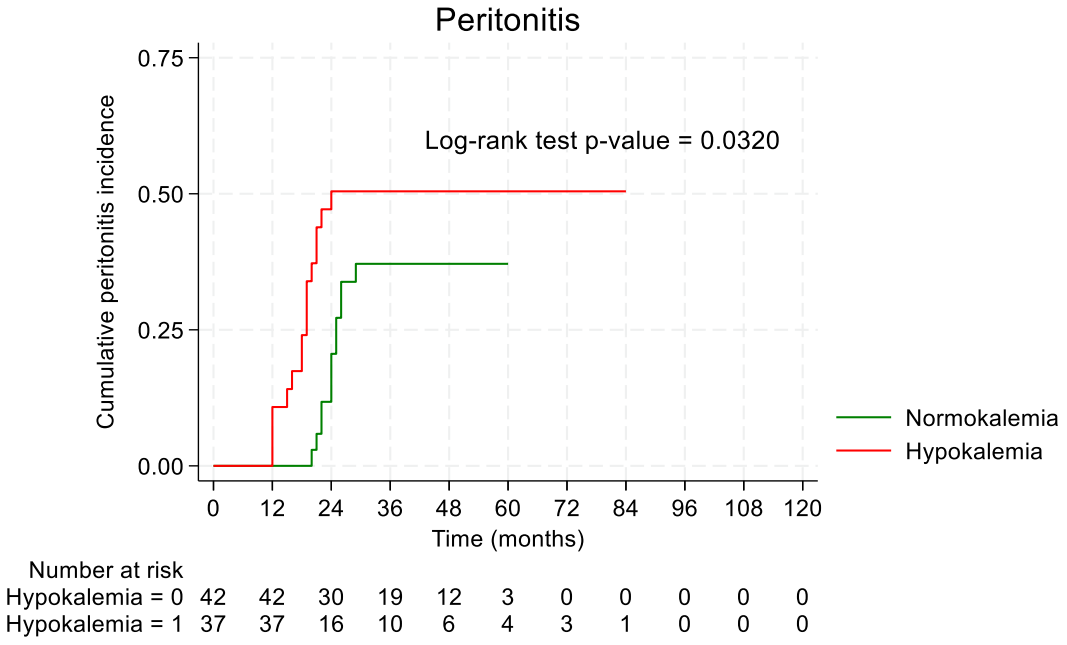


Fig.1 Kaplan-Meier curves showing the cumulative incidence of peritonitis by potassium status in peritoneal dialysis patients

จาก Fig.1 ที่แสดง Kaplan-Meier curves เปรียบเทียบอุบัติการณ์สะสมของการเกิด peritonitis ตามสถานะระดับโพแทสเซียม พบว่าเส้นกราฟของกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ (hypokalemia) แสดงการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์สะสมที่เร็วกว่าและสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับโพแทสเซียมปกติ (normokalemia) อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วง 10-30 เดือนแรก ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติด้วย log-rank test p-value = 0.0320 ซึ่งสนับสนุนว่าภาวะโพแทสเซียมต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้อง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าภาวะโพแทสเซียมต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องโดยผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.52 เท่า (Adjusted HR 2.52, 95%CI 1.08-5.88, p=0.032) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมปกติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้ การศึกษาของ Chuang และคณะ ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องชาวไต้หวัน 140 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำมีอุบัติการณ์ของ peritonitis สูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมปกติ (ร้อยละ 7 และ ร้อยละ 2, p<0.001) และพบว่า peritonitis เกิดจากเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae มากกว่าเชื้อประจำถิ่นของผิวหนัง (ร้อยละ 53 และร้อยละ 19 ตามลำดับ, p=0.004) [10] นอกจากนี้ การศึกษาของชยุตพงศ์ ใจใส และคณะ ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ก็พบผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิด peritonitis ครั้งแรกสูงขึ้น 1.42 เท่า (adjusted HR 1.42; 95% CI 1.02-1.98, p-value=0.039) [11] รวมถึงการศึกษาขนาดใหญ่ของ Liu และคณะ ในผู้ป่วย 602 ราย พบว่าภาวะโพแทสเซียมต่ำ (LK) และภาวะโพแทสเซียมต่ำรุนแรง (SLK) มีความสัมพันธ์กับอักเสบ (HR 1.437, 95% CI 1.014-2.038, P = 0.042 และ HR 2.021, 95% CI 1.429-2.857, P < 0.001 ตามลำดับ) โดยระยะเวลาของ LK มากกว่า 6 เดือนและระยะเวลาของ SLK มากกว่า 3 เดือนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอักเสบ [12] ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของการติดตามระดับโพแทสเซียมอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้พยาธิกำเนิดของการเกิด peritonitis ในผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำอธิบายได้ว่า ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำทำให้ลำไส้บีบตัวลดลง ส่งผลให้แบคทีเรียในลำไส้เจริญเติบโตเพิ่มขึ้นและเกิดการเคลื่อนย้ายของแบคทีเรียจากลำไส้ไปสู่ช่องท้อง เป็นเหตุให้เกิดอักเสบ[5] การศึกษาของ Shu และคณะ สนับสนุนทฤษฎีนี้โดยพบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำมีการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในลำไส้มากเกินไป [13] การศึกษาของเฉลิมพล ณ เพ็ชรวิจารณ์ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียใน (p=0.049) [14] นอกจากนี้ การศึกษาของลัดดาพร วงษ์ลือชัย และจิรยุพา แผ้วพลสง พบว่ากลุ่มที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำมีอัตราการล้มเหลวของการล้างไตทางช่องท้องและต้องเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 16.4 เทียบกับ 5.7, P=0.04) [15]

ดังนั้นการเฝ้าระวังและการแก้ไขภาวะโพแทสเซียมต่ำอาจเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกัน peritonitis ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ดังที่ Torlén และคณะ พบว่าภาวะโพแทสเซียมต่ำ (น้อยกว่า 3.5 mEq/L) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก peritonitis สูงถึง 1.9 เท่า (95%CI: 1.35-2.55) [16] ดังนั้น การบริหารจัดการภาวะโพแทสเซียมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (4-5 mEq/L) จึงควรเป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง[2]

สรุป การศึกษาภาวะโพแทสเซียมต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อบุผนังช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบย้อนหลังนี้ ได้ให้ความรู้ที่มีคุณค่าทางคลินิกอย่างชัดเจน โดยพบว่าภาวะโพแทสเซียมต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอักเสบถึง 2.52 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมปกติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ และมีความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การค้นพบนี้ไม่เพียงแต่เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิกำเนิดของการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการลดลงของการบีบตัวของลำไส้และการเจริญเติบโตของแบคทีเรียมากเกินไป แต่ยังเปิดโอกาสในการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันที่เน้นการเฝ้าระวังและการแก้ไขภาวะโพแทสเซียมต่ำอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจช่วยลด

อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงนี้ ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ลดการเปลี่ยนไปใช้การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และในที่สุดอาจเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้

ข้อเสนอแนะ

1. แพทย์และทีมดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องควรมีการติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดอย่างสม่ำเสมอและใกล้ชิด อย่างน้อยทุก 3 เดือน หรือบ่อยกว่านั้นในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโพแทสเซียมต่ำที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อ การตรวจสอบระดับโพแทสเซียมควรเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินสุขภาพประจำของผู้ป่วยทุกราย และควรมีเป้าหมายให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ระหว่าง 4-5 มิลลิอิควิวาเลนท์ต่อลิตร (mEq/L)

2. โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวังภาวะโพแทสเซียมต่ำ การให้คำปรึกษาทางโภชนาการ การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง และการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ควรมีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อผลตรวจเลือดแสดงระดับโพแทสเซียมต่ำ เพื่อให้ทีมแพทย์สามารถดำเนินการแก้ไขได้ทันท่วงที

3. ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการป้องกันและรักษาภาวะโพแทสเซียมต่ำในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง รวมถึงการกำหนดเกณฑ์การให้ยาโพแทสเซียมเสริม การปรับเปลี่ยนแผนการรับประทานอาหาร และการประเมินความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงสูตรน้ำยาล้างไต แนวทางเหล่านี้ควรถูกพัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการทบทวนปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Andreoli MCC, Totoli C. Peritoneal dialysis. Revista da Associação Médica Brasileira 2020;66(Suppl 1):s37-s44.
2. วัทธิกร พิชิตพร, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2565;28(2):30-40.
3. Tziviskou E, Musso C, Bellizzi V, Khandelwal M, Wang T, Savaj S, et al. Prevalence and pathogenesis of hypokalemia in patients on chronic peritoneal dialysis: one center's experience and review of the literature. International urology and nephrology 2003;35(3):429-34.
4. เนาวนิตย์ นาทา, อรพันธ์ จิตประภาวัลย์, อำนาจ ชัยประเสริฐ. ปริมาณโพแทสเซียมที่สูญเสียในน้ำล้างไตทางช่องท้องกับชนิดของในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. เวชสารแพทย์ทหารบก 2564;74(4):303-9.
5. Chuang Y-W, Shu K-H, Yu T-M, Cheng C-H, Chen C-H. Hypokalaemia: an independent risk factor of Enterobacteriaceae peritonitis in CAPD patients. Nephrology Dialysis Transplantation 2009;24(5):1603-8.
6. Ribeiro SC, Figueiredo AE, Barretti P, Pecoits-Filho R, de Moraes TP, study actcttBI. Low serum potassium levels increase the infectious-caused mortality in peritoneal dialysis patients: a propensity-matched score study. PLoS One 2015;10(6):e0127453.
7. Fan X, Huang R, Wang J, Ye H, Guo Q, Yi C, et al. Risk factors for the first episode of peritonitis in Southern Chinese continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. PloS one 2014;9(9):e107485.
8. Goncalves FA, de Jesus JS, Cordeiro L, Piraciaba MCT, de Araujo LK, Steller Wagner Martins C, et al. Hypokalemia and hyperkalemia in patients on peritoneal dialysis: incidence and associated factors. International Urology and Nephrology 2020;52:393-8.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement 1970;30(3):607-10.
10. Chuang YW, Shu KH, Yu TM, Cheng CH, Chen CH. Hypokalaemia: an independent risk factor of Enterobacteriaceae peritonitis in CAPD patients. Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of

the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association 2009;24(5):1603-8. doi:10.1093/ndt/gfn709.

11. ชยุตพงศ์ ใจใส, พงศ์อาชว์ พลอยชิตกุล, สุรพล โนชัยวงศ์, ชิดชนก เรือนก้อน, เศรษฐพล ปัญญาทอง, ยุรภรณ์ ข่ายสุวรรณ. ความเสี่ยงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำต่อการเกิดภาวะอัมพาตจากการติดเชื้อครั้งแรกในผู้ป่วยที่ ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2559;34(4):187-99.
12. Liu D, Lin Y, Gong N, Xiao Z, Zhang F, Zhong X, et al. Degree and duration of hypokalemia associated with peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis. International Journal of Clinical Practice 2021;75(8):e14188.
13. Shu K-H, Chang C-S, Chuang Y-W, Chen C-H, Cheng C-H, Wu M-J, et al. Intestinal bacterial overgrowth in CAPD patients with hypokalaemia. Nephrology Dialysis Transplantation 2009;24(4):1289-92.
14. เฉลิมพล ณ เพ็ชรวิจารณ์. ระบาดวิทยาของการติดเชื้อแบคทีเรียใน ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช 2563;4(1):84-96.
15. ลัดดาพร วงษ์ลือชัย, จิรยุพา แผ้วพลสง. ปัจจัยที่ส่งผลอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2564;24(7):66-74.
16. Torlén K, Kalantar-Zadeh K, Molnar MZ, Vashistha T, Mehrotra R. Serum potassium and cause-specific mortality in a large peritoneal dialysis cohort. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN 2012;7(8):1272-84. doi:10.2215/cjn.00960112. pmcid:PMC3408121.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a nursing model to promote health care behavior for heath personnel at Kamalasai Hospital, Kalasin Province.

(Received: May 26,2025 ; Revised: June 3,2025 ; Accepted: June 10,2025)

ประภัสสร สายมะณี[1]
Prapatsorn Saymanee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ทำการศึกษาในช่วงเดือน มกราคม 2566– กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน ประชากร ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาล กมลาไสย จำนวน 352 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย กิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ, แบบเก็บข้อมูลทั่วไป, แบบเก็บข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลัง ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพในบุคลากรคือทำงานไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารเร่งด่วนเนื่องจากภาระงาน ไม่ตระหนักและมีการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยมากและยังไม่ครอบคลุม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05, t=11.36 (Mean difference=1.71; 95%CI=8.85-15.72) ระดับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.13 (Mean difference=1.31; 95%CI=7.52-12.27) และระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=8.36 (Mean difference = 1.44; 95%CI=6.85-16.23)

คำสำคัญ: ส่งเสริมสุขภาพบุคลากร, การพัฒนารูปแบบ, การตรวจสุขภาพประจำปี

Abstract

This research was research and development aimed to developing and using a health promotion model for personnel at Kamalasai Hospital, Kalasin Province. Study was during January-September 2023 total of 9 months. Population consisted of 352 personnel from Kamalasai Hospital. Research tools consisted of group discussion activities to develop the model, general data collection forms, annual health checkup data collection forms, health literacy assessment forms, health behavior assessment forms, and satisfaction assessment forms. The data were analyzed using descriptive statistics and before-and-after comparisons using inferential statistics, Paired t-test.

Results of the study found that health problems in personnel were irregular working hours, no time to take care of their own health, insufficient rest, lack of exercise, eating urgently due to workload, lack of awareness, and very few and incomplete annual health checkups. After the development, it was found that the level of health literacy increased significantly at the .05 level, t = 11.36 (Mean difference = 1.71; 95%CI = 8.85-15.72). The level of health behavior increased significantly at the .05 level, t = 6.13 (Mean difference = 1.31; 95%CI = 7.52-12.27) and the level of satisfaction increased significantly at the .05 level, t = 8.36 (Mean difference = 1.44; 95%CI = 6.85-16.23). In conclusion, knowledge promotion and continuous annual health check-ups should be successful.

Keywords: Promotion in personnel health, model development, annual health check-ups

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกมลาไสย

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคปัจจุบันส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมและการดำเนินชีวิตทุกด้าน โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนที่พบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease: NCD) เพิ่มขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจำนวน 35 ล้านคนในปี 2561 และคาดการณ์ว่า มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.24 ในปี พ.ศ. 2574[1]

ประเทศไทย ในปี 2563 พบอัตราตายจากโรค NCD เพิ่มขึ้นจาก 224.83 คนเป็น 245.42 ต่อประชากรแสนคน และ อัตราป่วยจากโรค NCD เพิ่มขึ้นโดยโรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มจาก 654.32 เป็น 1,236 ต่อแสนประชากรแสนคนและยังพบว่าโรคเบาหวานเพิ่มจาก 221.86 เป็น 615.72 ต่อประชากรแสนคน[2] การเกิดโรค NCD มีสาเหตุสำคัญจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารเค็ม หวาน มันมากเกินไป บริโภคพืชผักและผลไม้น้อย ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดื่มเครื่องดื่มดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ มีภาวะเครียด สถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงของคนไทยในการเกิดโรค NCD ดังนี้ ความชุกของภาวะอ้วน (BMI > 25 กก./ เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจาก ร้อยละ 38.43 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 40.32 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.56 เป็นร้อยละ 30.42 ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง[3] ถ้ามีพฤติกรรมสุขภาพหรือมีการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่พอเหมาะ มีสัดส่วนเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ลดอาหารเค็มหวาน มัน หรือรับประทานผักและผลไม้มาก ๆ ก็สามารถลดการเกิดโรคเรื้อรังได้ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า การกินผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอส่งผลดีต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรั้งและโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายนอกจากนี้ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ประมาณว่า การไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 22-23 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 16-17 โรคเบาหวานร้อยละ 15 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12-13 ทั้งนี้การมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอมีผลต่อสุขภาวะสามารถลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังได้เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน อ้วนและมะเร็ง จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นมาได้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพของคนเป็นหลัก โดยเฉพาะเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคของประชาชนทุกลุ่มอายุ เพื่อให้ประชาชน องค์กร หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ได้รับรู้ตระหนักและใส่ใจสุขภาพมากขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2561 สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข[4] ได้เริ่มนำแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมาใช้ จึงได้มีการปรับเปลี่ยนโฉมให้โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ"โดยเน้นการสร้างนำซ่อมการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่นี้เป็นกระบวนการที่ช่วยให้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนเองได้เพิ่มขึ้น ซึ่งอัตราการทำงานล่วงเวลาเฉลี่ยคนละ 1-4 ผลัด/เดือน ทำให้วงจรการพักผ่อนถูกรบกวนพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม ร่างกายอ่อนแอ เกิดโรคได้ง่าย และเกิดภาวะเครียดได้ง่าย นอกจากนี้งานด้านเอกสารและการบันทึกรายงานที่มากและต้องทำด้วยความรอบรู้และรอบคอบทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดสูง

การสร้างเสริมสุขภาพในบุคลากร นับเป็นการสร้างแบบแผนการดำเนินชีวิตในหน่วยงาน การทำให้บุคคลปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและความผาสุกของบุคคล ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งยกระดับความผาสุก และส่งเสริมศักยภาพของบุคคลเพื่อการมีภาวะสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นการกระทำกิจกรรม

6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นการสนใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง 2) ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) 3) ด้านโภชนาการ (nutrition) 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (impersonal relation) (5) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth) และ การจัดการกับความเครียด (stress management) การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตนเอง จนกลายเป็นนิสัยในชีวิตประจำวันหรือกิจวัตรประจำวัน [5] จะช่วยให้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความสามารถและประสิทธิภาพในการทำงานของบุคดดลดีขึ้น บุคลากรทางการแพทย์นับว่าเป็นต้นแบบทางสุขภาพ แต่กลับพบปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหา ควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดที่สูงผิดปกติจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจสูงสุดมากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ดังนั้นยังเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมกระตุ้นเตือนให้บุคลากรทางการแพทย์ให้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพหากบุคลากรทางการพยาบาลเป็นผู้มีร่างกายและจิตใจแข็งแรง สมบูรณ์และมีสุขภาพดีย่อมมีพลังในการทำงานได้เต็มที่และมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลกมลาไสย มีบุคลากรจำนวนจำนวน 352 คน ในปี 2564-2566 มีการลาป่วยทั้งหมด 1,254 ครั้ง 1,273 ครั้ง และ 1,486 ครั้ง ตามลำดับ[6] สาเหตุของการลาป่วยที่พบมากที่สุด 5 อันดับคือ ไข้หวัด ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร อักเสบ ปวดหลัง และท้องเสียตามลำดับ ซึ่งสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วยดังกล่าว คือการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในการประเมินดัชนีมวลกาย พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลกมลาไสยอยู่ในระดับ อ้วน (BMI>30) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.65 ปี 2565 เป็นร้อยละ 3.82 ในปี 2566 ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสย ในปี 2565 พบว่าบุคลากร เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 2.67 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.43 โรคอ้วน (BMI> 23) ร้อยละ 15.23 แสดงว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัญหาของบุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสย

จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพดี เป็นต้นแบบให้กับประชาชน และยังพบว่ามีผู้ศึกษาน้อยในจังหวัดกาฬสินธุ์ และเป็นสิ่งสำคัญที่ควรสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์มีสุขภาพดี ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย และดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเต็มประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567– พฤษภาคม 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ หัวหน้างานในโรงพยาบาล จำนวน 25 คน และ บุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสย จำนวน 352 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพ ได้แก่ หัวหน้างานในโรงพยาบาล จำนวน 25 คน ในการวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบ โดยคัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจให้เข้ารับกระบวนการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ในเชิงปริมาณ ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสย ใช้ประชากรทั้งหมด จำนวน 352 คน เพื่อศึกษาสถานะทางสุขภาพ และเปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนารูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเชิงคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender[5] ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กลุ่ม กำหนดมาตรการประชาคม การถอดบทเรียน

2) เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ 2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปบุคลากร 2.2) แบบเก็บข้อมูลทางการแพทย์จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2.3) แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ 2.4) แบบประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพในบุคลากร 2.5) แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบส่งเสริมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางการแพทย์ ความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรม ความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรม ระดับความพึงพอใจ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิตี paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

สถานการณ์ปัญหาทางสุขภาพของโรงพยาบาลกมลาไสย จากการทำกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า บุคลากรทำงานไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารเร่งด่วน เนื่องจากภาระงาน และไม่มีประโยชน์ ทำให้บุคลากรป่วยง่าย สุขภาพไม่แข็งแรง มีภาวะอ้วน และเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง บุคลากรยังไม่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยมากและยังไม่ครอบคลุม การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรพบว่าไม่สะดวกตรวจตามตามโปรแกรมที่นัดตรวจสุขภาพ ตัวบุคลากรเองมีความวิตกกังวล กลัวว่าจะพบโรคร้ายที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นต้น บุคลากรที่ได้รับการตรวจแล้ว ไม่ยอมไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับการรักษา บุคลากรกลุ่มป่วยไม่ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นปัญหาสะสมและทับซ้อน

1. ในเชิงปริมาณ บุคลากรโรงพยาบาลกมลไสย จำนวน 352 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 250คน ร้อยละ 71.02 และเพศชาย จำนวน 102 คน ร้อยละ 28.98 ตามลำดับ อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 75 คน ร้อยละ 21.31 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 103 คน ร้อยละ 29.26 และ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 123 คน ร้อยละ 34.94 ตามลำดับ (Mean=50.21, Min=21, Max=59 ปี) อาชีพส่วนมากประกอบอาชีพพยาบาล จำนวน 112 คน ร้อยละ 31.82 รองลงมา ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 47 คน ร้อยละ 13.35 และแพทย์ จำนวน 18 คน ร้อยละ 5.11 ตามลำดับ ศาสนา พุทธ จำนวน 351 คน ร้อยละ 99.72 รองลงมา ศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.28 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมากจบปริญญาตรี จำนวน 291 คน ร้อยละ 82.67 รองลงมาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 13 คน ร้อยละ 3.69 และมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 44 คน ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ โรคประจำตัว ส่วนมากเป็นโรค ความดัน

โลหิตสูง จำนวน 41 คนร้อยละ 11.65 รองลงมา ไขมันในเลือด จำนวน 15 คน ร้อยละ 4.26 และ โรคเบาหวาน จำนวน 8 คน ร้อยละ2.27 ผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผิดปกติ จำนวน 134 คน ร้อยละ 38.07 รองลมา ปกติ จำนวน 196 คน ร้อยละ 55.68 และเสี่ยง จำนวน 28 คน ร้อยละ 7.95 ตามลำดับ การเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า เข้าร่วม จำนวน 107 คน ร้อยละ 30.40 และไม่เข้าร่วม จำนวน 55 คน ร้อยละ 15.63 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 9 แนวทางดังนี้ 1) ตั้งคณะกรรมการดำเนินการครบทุกสหสาขาวิชาชีพ 2) ประชุมหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยระบุวิธีการ ระยะเวลา กลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน 3) ประชาสัมพันธ์ช่วงที่ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี แก่บุคลากร และติดตามด้วยโทรศัพท์ ระบบไลน์ส่วนตัวทุกคน เลื่อนวันนัดต่อไป และเก็บข้อมูลตรวจความลับ 4) ให้คำปรึกษาและติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด 5) กรณีที่บุคลากรเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องรักษาทุกคน 6) บุคลากรต้องทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง และติดตามผ่านโทรศัพท์ หรือระบบไลน์เพื่อติดตามความก้าวหน้าให้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 7) ส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในเรื่อง อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกายในบุคลากร 8) รวบรวมและสรุปข้อมูล นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการเกี่ยวกับปัญหาที่พบ 9) ประเมินผลและสรุปปัญหาเพื่อหาแนวทางและทำการถอดบทเรียน

3. ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 การทดสอบความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ ก่อนการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก มีค่า 6.94 คะแนน (SD 1.32 คะแนน) ภายหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีค่า 2.96 คะแนน (SD 1.46 คะแนน) จากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพภายหลังการพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05, t=11.36 (Mean difference=1.71; 95%CI=8.85-15.72)

3.2 การทดสอบพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง มีค่า 3.38 คะแนน (SD 1.68 คะแนน) ภายหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีค่า 4.69 คะแนน (SD 1.86 คะแนน) จากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.13 (Mean difference=1.31; 95%CI=7.52-12.27)

3.3 การทดสอบความพึงพอใจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง มีค่า 3.18 คะแนน (SD 1.48 คะแนน) ภายหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก มีค่า 4.62 คะแนน (SD 1.97 คะแนน) จากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ภายหลังการพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=8.36 (Mean difference = 1.44; 95%CI=6.85-16.23) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความพึงพอใจ เปรียบเทียบก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=352)

รายการ	Mean	S.D.	Mean difference	t	95%CI	p-value
ความรอบรู้ทางสุขภาพ						
ก่อนการพัฒนาฯ	6.94	1.32	1.71	11.36	8.85-15.72	<.001*

ตาราง 1 การทดสอบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความพึงพอใจ เปรียบเทียบก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=352)

รายการ	Mean	S.D.	Mean difference	t	95%CI	p-value
หลังหลังการพัฒนา	8.65	1.46				
พฤติกรรมสุขภาพ						
ก่อนการพัฒนาฯ	3.38	1.68	1.31	6.13	7.52-12.27	<.001*
หลังหลังการพัฒนา	4.69	1.86				
ความพึงพอใจ						
ก่อนการพัฒนาฯ	3.18	1.48	1.44	8.36	6.85-16.23	<.001*
หลังหลังการพัฒนา	4.62	1.97				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ปัญหาสุขภาพในบุคลากรโรงพยาบาลกมลาไสยคือทำงานไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารเร่งด่วนเนื่องจากภาระงาน และไม่มีประโยชน์ ทำให้บุคลากรป่วยง่าย สุขภาพไม่แข็งแรง มีภาวะอ้วนและเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง บุคลากรยังไม่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ตระหนักถึงสุขภาพตนเอง มีการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยมากและยังไม่ครอบคลุม บุคลากรส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี อาชีพพยาบาล จบปริญญาตรี โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด และโรคเบาหวาน ผลการตรวจสุขภาพประจำปีผิดปกติเป็นส่วนมาก การเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังน้อยอยู่ สอดคล้องกับ จิราชัย เสน่ห์วงศ์ และคณะ[7] และสอดคล้องกับ วิลาวรรณ สมตน[8]

กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย เน้นการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการ หาแนวทางแก้ไขปัญหา กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี ส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ และถอดบทเรียน จะเห็นได้ว่ากระบวนการดังกล่าว กระตุ้นและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากตัวบุคคลเอง สอดคล้องกับ จิรรัตน์ หรือตระกูล และคณะ[9] และสอดคล้องกับ นพพร ทัพอยู่[10]

ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และความพึงพอใจ สูงมากขึ้น ภายหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากกระบวนการพัฒนาและใช้ เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในบุคลากรให้เพิ่มมากขึ้น ให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากกระบวนการที่โรงพยาบาลออกแบบเอง และตรงกับบริบทของโรงพยาบาลเอง จึงประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ ฌามิศญา ตรีวัย[11]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรที่โรงพยาบาลกมลาไสยพัฒนาขึ้นนี้ ไปใช้กับบริบทพื้นที่โรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกัน และควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจึงมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ควรมีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงโดยการส่งเสริมความรู้ และผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะ

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลเพิ่มเติมในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจะทำให้ได้รูปแบบที่มีมิติมากขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาได้ครอบคลุมขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสยที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา ให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกมลาไสยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO).World Health Statistics. WHO library Cataloguing in Publication Data. 2017.
2. Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R, Hu FB, Hunter D, Smith-Warner SA; et al. (2004). Fruitandvegetable intake and risk of major chronic disease. Journal of the National CancerInstute. 96:1557-1584.
3. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 8. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด. 2561.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ข้อมูลสถานะสุขภาพ [อินเทอร์เนต์]. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข;2565 [สืบค้นเมื่อ 2 มค. 65]. แหล่งข้อมูล: http://healthdata.moph.go.th/Death Report2005/GUI2007/LoginForm.Php
5. World Health Organization (WHO). World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva. 2002.
6. โรงพยาบาลกมลาไสย. รายงานสถานการณ์การตรวจสุขภาพประจำปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2566.
7. จิราชัย เสน่ห์วงศ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อองค์ประกอบผลลัพธ์ทางคลินิกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2563; 4(3): 43-52.
8. วิลาวรรณ สมตน. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2566; 8(1): 37-47.
9. จิรรัตน์ หรือตระกูล และคณะ. สภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขด้านการปรึกษาทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้รับบริการโรคอ้วน.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(1): 54-64.
10. นพพร ทัพอยู่. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565; 2(2): 1-12.
11. ฌามิศญา ตรีวัย. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช [งานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2564.

ผลของการใช้ตำรับพลับพลึงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรัง

Effectiveness of the *Crinum Asiaticum* Leaf Formula Compress Pads in Patients with Neck and Shoulder Pain.

(Received: June 4,2025 ; Revised: June 9,2025 ; Accepted: June 11,2025)

สันต์ฤทัย เสงี่ยมศักดิ์[1] ชนิตา เวชพานิช[2] วิชญาดา รักกสิกร[3]
Sanruethai Sangiamsak[1] Chanita Wetpanit[2] Wichayada[2] Rakkasikorn[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนหลังสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ตำรับพลับพลึงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่เรื้อรัง ที่มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบางจาก เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองใช้ตำรับยาพลับพลึงและกลุ่มควบคุมใช้ใบตอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน ทั้งสองกลุ่มรับการรักษาสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินมาตรวัดความปวด (Pain scale) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติเชิงอนุมาน และสถิติ Paired t-test, Independent t-test

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยความปวด ก่อนการรักษาในระดับความปวดปานกลาง เท่ากับ 4.23 (SD 0.89) และพบว่าหลังการรักษาด้วยตำรับยาพลับพลึงจำนวน 3 ครั้ง ความปวดลดลงระดับปวดน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.83 (SD 0.98) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับค่าเฉลี่ยความปวดก่อนการรักษาระดับปานกลาง เท่ากับ 4.41 (SD 0.86) หลังการรักษาด้วยยาหลอก (ใบตอง) จำนวน 3 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความปวดระดับปานกลาง เท่ากับ 4.34 (SD 0.85) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p<0.05$

คำสำคัญ: อาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่เรื้อรัง, ออฟฟิศซินโดรม, ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร, พลับพลึง

Abstract

This study was quasi-experimental research by pre-post test two group design aimed to study was to evaluate the effectiveness of the *Crinum asiaticum* leaf formula compress pads in reducing pain levels in patients with neck and shoulder pain receiving treatment at the Thai Traditional Medicine Clinic, Bangchak Hospital.Sixty participants with neck and shoulder pain were randomly assigned to an experimental group and a control group, with 30 patients in each. The experimental group received a compress treatment pad containing *C. asiaticum* leaf formula, while the control group received a compress pad made with placebo (banana leaves). Both groups received treatment 3 times a week. Data were collected using an assessment form of the numeric pain rating score. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

Results: The findings revealed that in the experimental group, the mean pain score before treatment was at a moderate level (4.23 (SD 0.89). It was found that after treatment with the herbal formula of pad containing C. asiaticum leaf formula 3 times, the pain was reduced to a low level with a mean of 1.83 (SD 0.98). As for the control group, the mean pain level before treatment was moderate, equal to 4.41 (SD 0.86). After treatment with placebo (banana leaves)

[1] มัธยมศึกษาปีที่ 5 ศูนย์การเรียนนิวตัน
[2] แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลบางจาก
[3] มัธยมศึกษาปีที่ 4 ศูนย์การเรียนนิวตัน

3 times, the mean pain level was moderate, equal to 4.34 (SD 0.85). Comparing the mean pain scores between the experimental and control groups, it was found that the mean pain scores were significantly different at $p<0.05$.
Keywords: neck and shoulder pain, office syndrome, herbal product, *Crinum asiaticum*

บทนำ

อาการปวดคอ บ่า ไหล่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในกลุ่มโรคกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นปัญหาที่สำคัญของประชาชนทั่วโลก เนื่องด้วยการใช้ชีวิตในสังคมยุคปัจจุบัน มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่เข้ามาทำให้เกิด ความสะดวกสบายมากขึ้น อาทิเช่น โทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ช่วยให้ การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้ส่งผลให้กิจวัตรประจำวันของคนรุ่นใหม่เปลี่ยนแปลงไป เราจึงมักพบปัญหาที่เกิดจากอิริยาบถระหว่างการใช้งานร่างกายอย่างไม่เหมาะสม หรืออยู่ในอิริยาบถ เดิมนานเกินไปบ่อยมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง ปวดศีรษะ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ ปวดบ่า ปวดหลัง ปวดต้นคอ เป็นต้น[1]

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568 ประเด็นที่ 6 เพิ่มศักยภาพเศรษฐกิจสุขภาพ สู่Medical & wellness Hub สนับสนุน การยกระดับภูมิปัญญาไทย ให้มีคุณภาพระดับสากลและผลักดัน เข้าสู่ตลาดระดับโลก ส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทย สมุนไพรเพื่อการแพทย์ในระบบบริการ จากสถิติผู้ป่วย ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่เรื้อรัง (Upper trapezius muscle) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางจาก พบว่า มีผู้รับบริการในปี พ.ศ.2565 คิดเป็นร้อยละ 2.19 และเพิ่มเป็นร้อยละ 2.33 ในปี 2566 จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องนั่งหน้าคอมพิวเตอร์ การใช้โทรศัพท์มือถือ หรือทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยท่าทางซ้ำๆ ต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบหดยึดของกล้ามเนื้อช่วยในการเคลื่อนไหว ส่งผลทำให้เลือด ไปหล่อเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่เพียงพอก่อให้เกิดอาการชา ปวด โดยทำให้เกิดอาการเกร็งตัวกล้ามเนื้อ จนเป็นก้อน (Taut band) และมีอาการกดเจ็บร้าว (Trigger point)[2]

การรักษาโรคนี้มีด้วยกันหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยการทำกายภาพบำบัด การใช้ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาลดการอักเสบ (NSAID) ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจการใช้สมุนไพรไทย โดยเฉพาะการใช้ตำรับพลับพลึงในการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้ตำรับพลับพลึงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่เรื้อรัง ที่มารับบริการ ที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบางจาก

สมมติฐาน

ตำรับพลับพลึงสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่เรื้อรังได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) แบบสองกลุ่มประเมินก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest with two groups design) แบ่งเป็น กลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยตำรับพลับพลึงวางบริเวณบ่า จากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาด้วยตำรับยาหลอกวางบริเวณบ่า วัดผลการทดลอง 2 ครั้ง คือ วัดก่อนการทดลอง (Pretest) และภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที (Posttest) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ ระยะเวลาในการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนเมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่เรื้อรัง (Upper trapezius muscle) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาแผนกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบางจาก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่เรื้อรัง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีอาการ ปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรัง เพื่อคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคัดผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ เข้าเป็น กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเรียงตามลำดับที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในแต่ละวันจนครบ 60 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันความลำเอียง โดยการจับฉลากได้ลำดับเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง และได้ลำดับเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม จนครบกลุ่มละ 30 คน โดยทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ได้แก่ เพศ, อายุของแต่ละคู่แตกต่างกัน ไม่เกิน 5 ปี, ระดับความปวด

เครื่องมือที่ใช้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

ตำรับพลับพลึงที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีส่วนประกอบ คือ ใบพลับพลึง 70 กรัม พลู 50 กรัม น้ำมันระกำ 3 มิลลิลิตร น้ำมันไพล 3 มิลลิลิตร พิมเสน 0.5 กรัม การบูร 0.5 กรัม โดยนำสมุนไพรใบพลับพลึงพลูมาล้างทำความสะอาด หั่นหยาบและตำให้ละเอียด จากนั้นนำน้ำมันระกำ น้ำมันไพล พิมเสน การบูรนำมาผสมให้เข้ากัน บรรจุลงในถุงผ้าตาข่าย

ตำรับยาหลอก มีส่วนประกอบเป็นใบตอง 70 กรัมและแต่งกลิ่นเลียนแบบตำรับพลับพลึง บรรจุลงในถุงผ้าตาข่าย เช่นเดียวกับตำรับพลับพลึง

2. แบบสอบถามและแบบประเมิน แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบบันทึกมาตรวัดความปวด (Pain scale) Numeric Rating Scale (NRS) ที่กำหนดตัวเลขอย่างต่อเนื่อง จากระดับ 0 - 10 แสดงไว้บนมาตรวัด โดยให้อาสาสมัคร ทำเครื่องหมาย (X) บนเส้นตรง ที่ยาว 10 เซนติเมตร ที่บ่งบอกระดับความปวดตามการรับรู้ของตนที่เผชิญอยู่ ณ ขณะนั้น โดยที่

ระดับ 0 อยู่ด้านซ้ายมือสุด หมายถึง ไม่มีอาการปวด

ระดับ 5 อยู่ตรงกลาง หมายถึง ปวดปานกลาง

ระดับ 10 อยู่ด้านขวามือสุด หมายถึง ปวดมากที่สุด

ข้อดีของ NRS คือ ใช้ง่ายในทางปฏิบัติ เป็นเครื่องมือที่ประเมิน การเปลี่ยนแปลงความปวด และมีความตรง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตแล้วสำรวจรายชื่อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เรื้อรัง (Upper trapezius muscle) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ เมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับความปวด (Pre-test) โดยจะได้รับการดูแลด้วยวิธีการวางตำรับพลับพลึง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 20 นาที ติดต่อกันในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ให้การวางตำรับพลับพลึง และตำรับยาหลอก

สำหรับอาสาสมัครที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ จะได้รับตำรับพลับพลึงและตำรับยาหลอกกลับไปทำเองที่บ้านหลังดำเนินการทดลอง (Post-test) ซึ่งการให้ข้อมูลอาการปวดบ่าของอาสาสมัคร ผู้วิจัยอธิบายและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และสำหรับผู้ที่ทำการทดลองที่บ้านจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) และสถิติ Paired t-test, Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ 10/2568 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วม การวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยให้บุคคลภายนอกทราบ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มลดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67) ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 36 – 45 ปี (ร้อยละ 43) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 37) ประกอบอาชีพ ลูกจ้าง (ร้อยละ 33) ไม่พบการแพ้สมุนไพร (ร้อยละ 100)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 36 – 45 ปี (ร้อยละ 43) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 30) ประกอบอาชีพ ลูกจ้าง (ร้อยละ 37) ไม่พบการแพ้สมุนไพร (ร้อยละ 100)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนและหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษา ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.23 (SD 0.89) ระดับความปวดปานกลาง และหลังการรักษาด้วยตำรับยาพลับพลึงจำนวน 3 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 1.83 (SD 0.98) ระดับความปวดน้อย โดยอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ลดลงทุกคน เมื่อคำนวณทางสถิติ พบว่า ก่อนและหลังได้รับตำรับพลับพลึงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.05 ดังตารางที่ **1**

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับตำรับยาพลับพลึง (n=30)

กลุ่มทดลอง	N	$\overline{X}$	SD	t	Df	p-value
ก่อน	30	4.23	0.89	17.07	29	.00*
หลัง		1.83	0.98			

** significant at the 0.05 level

ในกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความปวดก่อนการรักษา ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.41 (SD 0.86) ระดับความปวดปานกลาง และหลังการรักษาด้วยตำรับยาหลอกจำนวน 3 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.34 (SD 0.85) ระดับความปวดปานกลาง โดยอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ไม่ลดลงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อคำนวณทางสถิติ พบว่าก่อนและหลังได้รับตำรับยาหลอก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p>0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุม ก่อน-หลัง ได้รับตำรับยาหลอก(ใบตอง) (n=30)

กลุ่มทดลอง	N	$\overline{X}$	SD	t	Df	p-value
ก่อน	30	4.41	0.86	1.44	28	0.16
หลัง		4.34	0.85			

การเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 1.83 (SD 0.98) กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 4.34 (SD 0.85) ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน กลุ่มทดลองสามาถลดอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ได้ดีกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

	N	$\overline{X}$	SD	df	Sig.
กลุ่มทดลอง	30	1.83	0.98	56	0.00*
กลุ่มควบคุม	30	4.34	0.85		

** significant at the 0.05 level

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36–45 ปี (ร้อยละ 43) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 37) ประกอบอาชีพ ลูกจ้าง (ร้อยละ 33) ไม่พบการแพ้สมุนไพร (ร้อยละ 100) กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 36 – 45 ปี (ร้อยละ 43) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.(ร้อยละ 30) ประกอบอาชีพ ลูกจ้าง (ร้อยละ 37) ไม่พบการแพ้สมุนไพร (ร้อยละ 100) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่เหมือนกัน

ในกลุ่มทดลอง ที่ใช้ตำรับยาพลับพลึงในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรัง พบว่า ระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษา ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.23 (SD 0.89) ระดับความปวดปานกลาง และหลังการรักษาด้วยตำรับยาพลับพลึงจำนวน 3 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 1.83 (SD 0.98) ระดับความปวดน้อย กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ลดลงทุกคน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังการทดสอบในกลุ่มทดลองด้วยวิธีการคำนวณทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การใช้ตำรับยาพลับพลึงสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรังได้

ในกลุ่มควบคุมที่ใช้ตำรับยาหลอกในการทดสอบ พบว่า ระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษา ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.41 (SD 0.86) ระดับความปวดปานกลาง และหลังการรักษาด้วยตำรับยาหลอกจำนวน 3 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.34 (SD 0.85) ระดับความปวดปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังการทดสอบในกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการคำนวณทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังได้รับตำรับยาหลอกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับความปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ก่อนและหลังรักษาไม่แตกต่างกัน การใช้ตำรับยาหลอกไม่สามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรังได้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 1.83 (SD 0.96) กับกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.34 (SD 0.85) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การใช้ตำรับยาพลับพลึงให้ผลการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรังได้แตกต่างจากการใช้ตำรับยาหลอก

ผลที่ได้จากการทดลองใช้ตำรับยาพลับพลึง ในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรัง ทำให้อาการปวดลดลงได้นั้น อธิบายได้ว่า ในตำรับยาพลับพลึง ประกอบด้วย ใบพลับพลึง พลู น้ำมันไพล น้ำมันระกำ พิมเสน การบูร ซึ่งส่วนประกอบในตำรับยานี้ มีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้อาการปวดคอ บ่า ไหล่ลดลง แต่ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับตำรับยาหลอก มีเพียงใบตองเป็นส่วนประกอบ ซึ่งไม่มีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้อาการอาการปวดคอ บ่า ไหล่คงที่

องค์ประกอบหลักในตำรับยาพลับพลึง คือ ใบพลับพลึง ซึ่งมีสารสำคัญคือสาร Lycorine ในการต้านการอักเสบมากที่สุด ช่วยลดอาการปวด บวม เคล็ดยอก ประกอบกับในตำรับยาพลับพลึง ยังได้นำสมุนไพรหลายอย่างมารวมกัน เช่น พลู น้ำมันไพล น้ำมันระกำ พิมเสน การบูร ซึ่งมีคุณสมบัติ เป็นสมุนไพรบรรเทาอาการปวดต่าง ๆ ที่ไม่รุนแรง[3] จากคุณสมบัติขององค์ประกอบทั้งหมดของตำรับพลับพลึงในการศึกษานี้ จึงมีผลทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ลดลง

สอดคล้องกับงานวิจัยปรรณณวัชญ์ ไชยวัฒนนันทน์, ภาณัฐ เดชะยนต์, ปฐมพงษ์ เผือกลีศรีโสภา เรืองหนู, จิตพิสุทธิ์ จันทร์ทองอ่อน[4] ที่ศึกษาฤทธิ์ต้านการอักเสบและบรรเทาอาการปวดของสมุนไพรที่ใช้ ในการทับหม้อเกลือ พบว่า ใบพลับพลึง ที่ผ่านกระบวนการให้ความร้อนด้วยวิธีอบแห้ง โดยเฉพาะการอบแห้ง ที่อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 30 นาที มีผลในการเพิ่มปริมาณไลโครีน ซึ่งเป็นสารประกอบที่มีศักยภาพ ในการต้านอนุมูลอิสระและต้านการอักเสบได้

ตำรับยาพลับพลึงในการศึกษานี้ เป็นตำรับพืชสดที่มีการเตรียมโดยใช้ใบพลับพลึงสด คงคุณค่าและปริมาณของสารออกฤทธิ์สำคัญ กรรมวิธีการเตรียมไม่ผ่านการใช้ความร้อน ผลการศึกษาที่ได้ จึงแสดงผลต่อค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ตำรับยาพลับพลึงนี้ ให้ผลการรักษาที่สามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่เรื้อรังได้ จึงเป็นวิธีการเตรียมตำรับยาที่ควรให้ความสนใจ เป็นรูปแบบการใช้สมุนไพรที่มีความสะดวกในการเตรียม ไม่ยุ่งยากเท่ากับการใช้ความร้อน แต่ให้ผลในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำตำรับยาพลับพลึงใช้ในการรักษาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน
2. ควรเผยแพร่ประสิทธิผลและวิธีการทำตำรับพลับพลึง
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของตำรับพลับพลึงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดในส่วนอื่นๆของร่างกาย
4. ควรศึกษาความคุ้มค่าของตำรับพลับพลึง ลดต้นทุนของการใช้ยากลุ่ม NSAID

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้มีส่วนร่วมในโครงงานทุกท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางจาก, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลบางจาก, ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาโครงการ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งโครงงานครั้งนี้ สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ไพฑูรย์ เบ็ญจพรเลิศ. ออฟฟิศซินโดรม โรคน่ากลัวของคนวัยทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2566. สืบค้น 8 ม.ค. 2568. จาก: https://shorturl.asia/7Ixiz
2. ศรินรัตน์ โคตะพันธ์ และศุภมาศ จารุจรณ. โรคออฟฟิศซินโดรมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560; 12(2): 135-142.
3. กลุ่มงานวิชาการเวชกรรมและผดุงครรภ์ไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2568). ตำราอ้างอิงด้านการแพทย์แผนไทย. พรีเมียร์ มาร์เก็ตติ้งโซลูชั่น. https://shorturl.asia/fz03P
4. ปรรณณวัชญ์ ไชยวัฒนนันทน์, ภาณัฐ เดชะยนต์, ปฐมพงษ์ เผือกลี, ศรีโสภา เรืองหนู และจิตพิสุทธิ์ จันทร์ทองอ่อน. ฤทธิ์ต้านการอักเสบและบรรเทาอาการปวดของสมุนไพรที่ใช้ในการทับหม้อเกลือ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2563;18(3):455-469.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองตามหลักการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

The Effect of Self-Care Enhancement Program on knowledge, self-care behavior and clinic outcomes among Persons with Chronic Kidney Disease Receiving Non-renal Replacement Therapy in Borabue Hospital, Mahasarakham.

(Received: June 4,2025 ; Revised: June 9,2025 ; Accepted: June 11,2025)

กาญจนา ศรีเชียงหา[1]
Kanchana Srichiangha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองตามหลักการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ที่มีค่า eGFR ≤ 29 (ml/min/1.73m^2) ที่ยังไม่ได้เข้าโครงการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อมและนอนรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบรบือ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t- test

ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบพฤติกรรมและผลลัพธ์คลินิก พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรม ความรู้เรื่องโรคไต พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.00) พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.037) ส่วนผล Serum Cr. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.202) และ eGFR พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.237) ภาพรวมของความพึงพอใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\overline{X}$ = 2.48 S.D.= 0.21)

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง ดูแลตนเองพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a self-care support program based on knowledge on health behavior and clinical outcomes in patients with chronic kidney disease before receiving renal replacement therapy at Borabue Hospital, Maha Sarakham Province. The sample consisted of 30 patients with chronic kidney disease stage 4-5 with eGFR ≤ 29 (ml/min/1.73m2) who had not yet entered the renal replacement therapy program, who were treated at the kidney deterioration clinic and were admitted to the inpatient building of Borabue Hospital. The research tools are a questionnaire consisting of 4 parts: general information questionnaire, knowledge about chronic kidney disease, self-care behavior and satisfaction assessment form for service providers. Data were analyzed using descriptive statistics: number, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics: Paired t-test.

The results of the study found that the comparison of behavior and clinical results found that after entering the program, knowledge about kidney disease was significantly increased (p< 0.00). Self-care behavior It was found that there was a statistically significant increase (p< 0.037), while the Serum Cr. results were not statistically significant different (p< 0.202) and eGFR was not statistically significant different (p< 0.237). The overall satisfaction with the service was at a very satisfactory level (= 2.48 S.D.= 0.21).

Keyword: Self-Care, Enhancement Program ,Chronic Kidney Disease

---

[1] โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศเผชิญและกำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การเพิ่มความชุกโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม เช่น การใช้ยา NSAIDs การได้รับสารเคมีโลหะหนักหรือมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเสี่ยงจากการคาดประมาณภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่ต้องการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องการการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยปีละ 20,000 ราย และจากรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 ทั้งหมด 1,007,251 ราย ซึ่งเป็นภาระในการจัดบริการสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก[1] การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้โรคไตเรื้อรังมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศไทย และมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากอัตราตายต่อแสนประชากร 14.24 เพิ่มเป็น 16.49 จากพ.ศ. 2559 ถึงพ.ศ. 2563 ประมาณการมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรัง ปีละ 10,000 คน ผู้เสียชีวิตเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตทุกระยะทั้งหมด 1,062,756 ราย แยกเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-5 พบร้อยละ 12.87,26.28, 43.70, 11.61 และ 6.63 ตามลำดับ คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงถึง 10.7 ล้านคน คิดเป็น 17.8 % ของประชากรซึ่งสูงติดอันดับ 3 ในอาเซียนและมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้น ในปี 2566 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของจังหวัดมหาสารคามมีจำนวนทั้งสิ้น 19,988 คน ระยะที่1-5 พบร้อยละ16.40, 30.14, 35.29, 12.11 และ 6.06 ตามลำดับ[2] หากไม่รีบดำเนินการแก้ไขได้ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเริ่มลดลงเรื่อยๆ เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 หน้าที่ไตจะเสียไป เมื่อเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะท้ายๆต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตอีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวประเทศชาติต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น วิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นคือ การชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มต้น[3]

จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอบรบือตั้งแต่ พ.ศ.2565-2566 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 1,983 คน และ 4,353 คน ตามลำดับ ในปี 2566 ระยะที่1- ระยะที่5 พบร้อยละ 11.58,42.66,34.50,8.25,3.01 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่าปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Advanced Chronic kidney disease: ACKD) ซึ่งจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้บ่อยและรุนแรงขึ้นขึ้น เช่นเบื่ออาหาร เหนื่อยง่ายสับสน กล้ามเนื้อกระตุก อีกทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงกว่าผู้ป่วยโรคไตระยะต้นๆ[4] ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความยากลำบากและซับซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตเกี่ยวข้องกับร่างกายหลายระบบ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค จึงส่งผลด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตลดลงมีการรายงานว่าการเผชิญกับผลกระทบที่รุนแรงขึ้นมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลง ในขณะที่บางคนไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ทีมสุขภาพแนะนำได้ เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไต หรือมีความรู้แต่ขาดความเข้าใจที่ผิดๆ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายๆจึงควรมี

แนวทางและเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจน รวมทั้งควรมีการติดตามระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงง่าย ซึ่งพบว่าการติดตามทางโทรศัพท์สามารถช่วยเพิ่มผลลัพธ์ในการรักษาได้ดียิ่งขึ้นได้ ทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทร่วม เพื่อป้องกันดูแลรักษา ให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นการชะลอความเสื่อมของไต สามารถป้องกันการดำเนินของโรคไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะต้นๆ ให้มีความรู้และเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย ลดภาระการพึ่งพาผู้อื่น เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นและชีวิตที่ยืนยาว ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 25 ปี[5] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลบรบือ ที่จะศึกษาสถานการณ์ที่เป็นจริงในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือและส่งเสริมผู้ป่วยให้มีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นรวมทั้งเป็นการเผยแพร่ความรู้และการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ให้มีความรู้และการดูแลตนเองที่เหมาะสม ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีชีวิตยืนยาวจนถึงวันสุดท้ายของชีวิตอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองและการให้ความรู้

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเอง

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ย Serum Creatinine อัตราการกรองของไต (eGFR)

4.เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและญาติต่อโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-post experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 – 5 ที่มารับการรักษา ที่คลินิกชะลอไตเสื่อม และหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มีค่า eGFR ≤ 29 (ml/min/1.73m2) ที่ยังไม่ได้เข้าโครงการบำบัดทดแทนไต และเข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไตเสื่อมและนอนรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบรบือ จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้สูตรของ One group pre-posttest design โดยมี **เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)** 1) เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ถึง ระยะที่ 5ที่ยังไม่บำบัดทดแทนไต และไม่จำกัดเพศ 2) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่18 -75 ปี 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน สื่อสารได้รู้เรื่องอยู่ในสภาพที่สามารถให้ข้อมูลได้และไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจมาก่อน 4) ผู้ป่วยที่สมัครใจที่ให้

ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย 5) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบรบือหรือไม่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบรบือก็ได้ **เกณฑ์การคัดออก (Inclusion criteria)มีดังนี้** 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บำบัดที่ทดแทนไตแล้ว 2) ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน และมีปัญหาด้านสุขภาพจิต 3) ผู้ป่วยที่ไม่มีช่องทางติดต่อสื่อสารได้ 4) ผู้ป่วยที่ถอนตัวจากงานวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม 5 ครั้ง จำนวน 12 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 (wks1) เป็นกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพความรู้ พฤติกรรม (Pretest) ให้ความรู้การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อของไต (CKD Knowledge) การ Coaching และ Guidance เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 2 (wks2-3) Motivation interview) ทางโทรศัพท์ สนทนาสร้างแรงจูงใจเน้นให้กำลังใจเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ครั้งที่ 3 (wks4) ติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและเสริมส่วนขาด ครั้งที่ 4 (wks8) ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ให้กำลังใจ คำแนะนำและค้นหา Social Support ครั้งที่ 5 (wks10-12) ติดตามประเมินผลพร้อมทั้ง Post test และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Cr,eGFR)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองโดยอาศัย กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem,1991) ซึ่ง ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานสภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม และผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย ผลการตรวจเลือด Serum Cr. และ eGFR

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังวายเรื้อรังมีลักษณะ มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบใช่ = 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ = 0 คะแนน ตอบไม่ทราบ = 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามด้านบวก ปฏิบัติเป็นประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ ปฏิบัติเป็นประจำ = 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 3 ระดับ พึงพอใจมาก = 3 คะแนน พึงพอใจปานกลาง = 2 คะแนน พึงพอใจน้อย = 1 คะแนน การแปลผล ระดับสูง หมายถึง คะแนนที่มีค่าเฉลี่ย 28.34 – 34.99 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 21.67 – 28.33 ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 15 -21.66

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 3 ท่าน คือ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาลของ มมส.อีก 1 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาพิจารณาเพื่อแก้ไขภาษาและถ้อยคำให้เหมาะสมชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) นำเครื่องมือไปทดลองกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่3-5 ที่โรงพยาบาลบรบือ และ โรงพยาบาลที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มประชากร จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (α-Cronbach'scoefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.65

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อย

ละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t- test

จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 37 / 2567 ลงวันที่ 25 เดือนตุลาคม พ.ศ.2567

ผลการศึกษา

1. ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80, มีอายุมากกว่า 61 ปี มากถึงร้อยละ 26.70,มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90, ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ66.70, ,มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 73.30, ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังนานเกิน 1 ปี ร้อยละ 93.30,โรคประจำตัวร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.30 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 26.70 ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยคือ บุตร ร้อยละ 60.00

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ก่อนการใช้โปรแกรมโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองตามหลักการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่อง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ร้อยละ 73.30 รองลงมา คือ ภาวะหัวใจวายเป็นโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 60.00 และตอบถูกน้อย 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่สามารถออกกำลังกายได้ร้อยละ 76.70 รองลงมาคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรดื่มน้ำมากๆ ร้อยละ 70.00 ภายหลังการใช้โปรแกรมโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองตามหลักการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่องกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 90.00 รองลงมา คืออาการบวม หอบเหนื่อยเป็นอาการของโรคไตวายเรื้อรัง และการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 80.00 และตอบถูกน้อย 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่อง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรดื่มน้ำมากๆ ร้อยละ 33.30 รองลงมาคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่สามารถออกกำลังกายได้ ร้อยละ 36.70

3. ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมพบว่า ภายหลังใช้โปรแกรม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นทุกด้าน

4. ด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการ พบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับพึงพอใจมาก $\overline{X}$ = 2.48 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากไปหาปานกลางตามลำดับดังนี้ ความชัดเจนในการอธิบายชี้แจงขั้นตอนต่างๆของเจ้าหน้าที่ ($\overline{X}$ =2.83) ความสุภาพกิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ ($\overline{X}$ =2.80) การดูแลเอาใจใส่ เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ ($\overline{X}$ =2.73) พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว จนท่านเข้าใจ ($\overline{X}$ =2.73) ห้องน้ำผู้ป่วยสะอาดเพียงพอ ไม่ส่งกลิ่นเหม็น ($\overline{X}$ =2.16) และ ระยะเวลาการให้บริการเหมาะสม ($\overline{X}$ =2.00)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมและผลลัพธ์คลินิก พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรม ความรู้เรื่องโรคไต พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.00$) พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.037$) ส่วนผล Serum Cr. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.202$) และ eGFR พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.237$)

ตาราง 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมและผลลัพธ์คลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม	T	P
	$\overline{X}$ ± S.D.	$\overline{X}$ ± S.D.		
ความรู้เรื่องโรคไต	3.90 ± 0.36	6.83 ± 0.40	-5.707	0.000
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	35 ± 0.46	36.66 ± 0.58	-2.188	0.037
Serum Cr.	3.86 ± 0.59	4.46 ± 0.83	-1.305	0.202
eGFR	29.11 ± 3.69	30.57 ± 4.13	-1.207	0.237

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4- 5 ที่ยังไม่บำบัดทดแทนไตที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษและตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบรบือ โดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังใช้โปรแกรมจำแนกตามข้อมูล Serum Cr. หลังเข้าโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=0.202) eGFR พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=0.237) ความรู้เรื่องโรคไต พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.00) พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.037) และภาพรวมของความพึงพอใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับพึงพอใจมาก $\overline{X}$ = 2.48 ผู้วิจัยขออภิปรายผลดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80, มีอายุมากกว่า 61 ปี มากถึงร้อยละ 26.70 โดยพบว่าไม่สอดคล้องกับสมาคมโรคไต[6] ที่ประมาณการค่าความชุกโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Diseases) ที่ประมาณการความชุกโรคไตเรื้อรัง เพศชายประมาณ 8.6 และเพศหญิง 9.6 ซึ่งการศึกษาพบว่าเกิดในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับระดับประเทศ แต่มีความสอดคล้องของเรื่องของกลุ่มอายุ ในกลุ่มอายุ 50-74 ปีมีความเสี่ยงที่เกิดโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้น 130 % และกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น 196 % เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ค.ศ. 1990 กับ ค.ศ. 2019

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างเห็นความแตกต่าง ในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเสี่ยงแต่การเกิดโรคไต ก่อนและหลังจากร้อยละ 23.30 เป็นร้อยละ 90.00 ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการสำรวจของกรมอนามัยร่วมกับสถาบันโภชนศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าคนไทยส่วนใหญ่รับประทานโซเดียมมากถึงสองเท่าของปริมาณที่แนะนำ ซึ่งผลเสียของการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงทำให้มีการคั่งของน้ำและความดันโลหิตสูง ทำให้ไตทำงานหนักขึ้น เพื่อเพิ่มการกรองโซเดียมและน้ำส่วนเกินของร่างกาย ผลที่ตามมาคือเกิดความดันในหน่วยไตสูงขึ้นและเกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะมากขึ้นนอกจากนี้ยังกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารบางอย่างเหล่านี้ ซึ่งทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น

3. ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเรื่องไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.70 และระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาวรรณ เซี่ยงฉิน[7] ที่ได้ศึกษา เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการรับประทานยาที่ถูกต้องตามโรคของ ตนเองแล้ว แต่ยังมีเรื่องของการรับประทานยาก่อนและหลังอาหาร ครึ่งชั่วโมง ที่ยังไม่เป็นไปตามคำแนะนำ ด้านการออกกำลังกาย พบว่ายังขาดการออก

กำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และด้านการรับประทานอาหารยังมีการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาของลักษณา พงษ์ภุมมา และคณะ[8] ที่ได้ศึกษาผลของ

โปรแกรมการสมัภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและดชันีมวลกายในวัยผู้ใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม (Mean = 3.50, S.D. = 0.21) สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 3.32, S.D. = 0.28) แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.001) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 7.23, S.D. = 0.64) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 9.79, S.D. = 12.77) แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจนี้มีประสิทธิผลที่ดี ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมฯ นี้ ไปใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทพื้นที่ดำเนินงานของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่ม NCDs พยาบาลควรมีการเพิ่มสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมากขึ้นได้แก่เสียงตามสายในโรงพยาบาลหรือสถานีวิทยุชุมชนให้มากขึ้น

2.พยาบาลควรทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อหาแนวทางในการดูและและการจัดการรายโรคร่วมกันได้อย่างมีคุณภาพทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่าย

3.ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยพยาบาลควรมีการสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดความตระหนักรู้โดยการจัดหามุมหรือห้องในการให้สุขศึกษาที่เหมาะสมในการเรียนรู้การดูแลตนเอง

4.ครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยในเรื่องการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผุ้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเชื่อมโยงถึงชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานประจำปี 2566. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. กรุงเทพมหานคร.
2. โรงพยาบาลบรบือ . ระบบสารสนเทศรายงานผลการดำเนินการผู้ป่วย NCD ปี 2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาลบรบือ; 2566.
3. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. จุฑามาศ เทียนสอาด, สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, นพวรรณ พินิจขจรเดช. (2560). รามาธิบดีพยาบาลสาร. 23(1); 60-77.
5. รสสุคนธ์ วาริทสกุล. (2560). กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Strategies for Empowerment in Patients with Chronic Kidney Disease. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 10(1); 1-12.
6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง.
7. นิภาวรรณ เชี่ยงฉิน, สุรพล เตชะกฤตธีรธ ารง,สุคนธา ยางสวย,นิตยา โรจนนิรันดร์กิจ,สุพรรณี ธรากุล. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์, 9(2): 106-114.
8. ลักษณา พงษ์ภุมมา, ขวัญตา เพชรมณีโชติ, เชษฐา แก้วพรม,เมทณี ระดาบุตร.(2563). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและดชันีมวลกาย ในวัยผู้ใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 14(1); 1-16.

ผลการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคโดยระบบพี่เลี้ยงที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of TB Treatment Adherence Supervision Using Volunteer Health Worker and Family Member Buddy System at Ban Kok Health Promoting Hospital, Phasawaey Sub-district, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: June 4,2025 ; Revised: June 9,2025 ; Accepted: June 11,2025)

พัชรีพร ชินฤทธิ์[1]
Patchareeporn Chinrit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบไปข้างหน้า(survey research by prospective study) ศึกษาเชิงพรรณนา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตุลาคม 2567-มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 9 คน ญาติผู้ป่วย 9 คน อสม. 63 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน รวม 75 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กิจกรรมหลักประกอบด้วย การอบรมพัฒนาศักยภาพการกำหนดพี่เลี้ยง การกำกับการกินยาตามระบบ DOTS และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาภายหลังการอบรม ผู้เข้าร่วมมีความรู้ระดับมากเพิ่มขึ้นจาก 28.17% เป็น 57.75% การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน 45 ราย ได้รับการคัดกรองครบถ้วน 100% ส่งพบแพทย์ 18 ราย (40%) ผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อทุกราย ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงในช่วงแรก แต่ดีขึ้นภายหลัง อัตราการเปลี่ยนแปลงเสมหะที่ 2 เดือน 100% อัตราการหายขาด 88.89% อัตรารักษาครบ 11.11% และอัตราการรักษาสำเร็จ 100% สรุปการดำเนินงาน DOTS โดยระบบพี่เลี้ยงที่ประกอบด้วย อสม. และญาติผู้ป่วย มีประสิทธิภาพสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการรักษาสำเร็จ 100% รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้
คำสำคัญ : วัณโรค, ระบบพี่เลี้ยง, อาสาสมัครสาธารณสุข, DOTS, การกำกับติดตามการกินยา

Abstract

This survey research by prospective study was conducted at Ban Kok Sub-district Health Promoting Hospital, Kalasin Province, from October 2024 to March 2025. The study sample comprised 9 newly diagnosed smear-positive tuberculosis patients, 9 patient relatives, 63 Village Health Volunteers, and 3 public health personnel, totaling 75 participants. Data were analyzed using descriptive statistics. Key activities included capacity building training, buddy assignment, medication supervision under the DOTS system, and home visit follow-ups Results Following training, participants with high-level knowledge increased from 28.17% to 57.75%. Screening of 45 household contacts was completed 100%, with 18 cases (40%) referred to physicians. All sputum examination results were negative. Patients experienced initial side effects that improved over time. The sputum conversion rate at 2 months was 100%, cure rate was 88.89%, treatment completion rate was 11.11%, and treatment success rate was 100% Conclusion The DOTS implementation using a buddy system comprising Village Health Volunteers and patient relatives demonstrated high effectiveness, resulting in a 100% treatment success rate among tuberculosis patients. This model can be adapted and applied in other areas.
Keywords : Tuberculosis, Buddy system, Village Health Volunteers, DOTS, Medication adherence supervision

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ปัญหาวัณโรคในประเทศไทยเป็นความท้าทายด้านสุขภาพที่ต้องการการแก้ไขอย่างเป็นระบบ เนื่องจากโรคนี้มีผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยและเศรษฐกิจของประเทศ การที่วัณโรคเป็นโรคติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจทำให้การแพร่กระจายเชื้อในชุมชนเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และผู้ที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความหนาแน่นสูง ในพื้นที่อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ อัตราป่วยด้วยวัณโรคมีแนวโน้มผันผวนในช่วงปี 2562-2567 โดยมีอัตราป่วยสูงถึง 159.36 ต่อประชากรแสนคนในปี 2567 ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาวัณโรค[1]

การกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่ออัตราการรักษาสำเร็จและการลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน นโยบายระดับชาติที่พัฒนาโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายที่จะลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากวัณโรค โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน การอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันและรักษาโรค[2]

ในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และครอบครัวผู้ป่วยในกระบวนการรักษา การกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยโดยใช้ระบบพี่เลี้ยง ซึ่งประกอบด้วย อสม. ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การดำเนินการดังกล่าวไม่เพียงแต่จะช่วยลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วย แต่ยังสามารถลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จให้สูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ การศึกษาและพัฒนารูปแบบการกำกับดูแลที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างความยั่งยืนในระบบสาธารณสุข[2]

จากข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ผลการกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคโดยระบบพี่เลี้ยงที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคให้ครบถ้วนและถูกต้องตามแพทย์สั่ง
2. เพื่อเพิ่มอัตรา Sputum Conversion Rate ของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่
3. เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) และลดอัตราขาดยา (Default Rate)

วิธีการวิจัย

การวิจัยผลการกำกับดูแลการกินยาของผู้ป่วยโรควัณโรคโดยระบบพี่เลี้ยงที่เป็นญาติ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่ออัตราการหายขาดของผู้ป่วยวัณโรคปอด รพ.สต.บ้านกอก เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) โดยประเมินผลการรักษาด้วยอัตราการรักษาวัณโรคหายขาด (Cure rate) เมื่อสิ้นสุดการรักษา และอัตราการเปลี่ยนเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2 (Sputum conversion rate) ในช่วงเดือนตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทั้งหมดที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรควัณโรค อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านกอก ได้รับการวินิจฉัย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. สมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค

2. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านติดตามกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค

3. แผนการออกเยี่ยมบ้านกำกับตามการกินยาของผู้ป่วยโรควัณโรค

4. แบบคัดกรองผู้อาศัยร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

5. แบบทดสอบความรู้ เรื่องโรควัณโรค ก่อน/หลัง อบรมเป็นแบบ เลือกตอบ (Multiple choice)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การดำเนินงาน การกำกับดูแลการกินยาผู้ป่วยวัณโรคโดยระบบพี่เลี้ยงที่เป็น ญาติผู้ป่วย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านกอก ทั้งหมด 6 หมู่บ้าน เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 โดยมุ้งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด กำกับติดตามประเมินผลการรักรักษาตั้งแต่เริ่มต้นรักษาจนสิ้นสุดการรักษา ได้ผลการการดำเนินงานดังนี้

1. ข้อมูลของผู้เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพของพี่เลี้ยงกำกับดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค

การจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพของพี่เลี้ยงกำกับดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อสม.และญาติผู้ป่วย ดังตารางที่ 1 โดยอบรมให้ความรู้เรื่องโรควัณโรค การรักษาโรค ระบบการกำกับดูแลการกินยา บทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยง และสาธิตการบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่ามีผู้ผ่านการอบรมทั้งหมด 75 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน อสม. 63 คน และ ญาติผู้ป่วยทั้งหมด 9 คน

การทดสอบความรู้ผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด 75 คน โดยใช้แบบทดสอบ จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน พบว่า ก่อนการอบรม ผู้เข้าร่วมอบรมมี คะแนนสูงสุด9 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน มีคะแนนอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 16.90 ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.93 ระดับมากร้อยละ 28.17 หลังการอบรมมี คะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน และมีคะแนนอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 4.23 ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.03 และระดับมาก ร้อยละ 57.75

มีผู้ที่ได้รับการทบทวนความรู้ เรื่องการกำกับดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค อสม.พี่เลี้ยง ผ่านการอบรมทั้งหมด 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และพี่เลี้ยงที่เป็นญาติผู้ป่วย ทั้งหมด 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด ปีงบประมาณ 2568 ดังตารางที่ 4 โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีอายุ 54±17.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ผลการตรวจเสมหะก่อนเริ่มทำการรักษาพบว่าร้อยละ 66.67 เสมหะพบเชื้อจำนวนมาก (smear 3+) และร้อยละ 100 ของผู้ป่วยทั้งหมดรักษาโดยสูตรยาต้านวัณโรค 2HRZE/4HR

ผลของการกำกับดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค (DOT)

การประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วยการจำแนกผลของเสมหะของผู้ป่วยภายหลังการได้รับยาต้านวัณโรคตามสูตรการรักษาระยะเข้มข้น (2 เดือนแรก) และสิ้นสุดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในปีงบประมาณ 2568 พบว่าการกำกับดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคโดยระบบพี่เลี้ยงที่เป็นญาติผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมบ้านโดยพี่เลี้ยงที่เป็น อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าผู้ป่วย

ทุกรายได้รับการกำกับ ควบคุมการกินยาต่อหน้าผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 100 และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพี่เลี้ยงที่เป็น อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามเกณฑ์การติดตามเยี่ยมทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100

การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรควัณโรคทั้งหมด 9 คน ตลอดช่วงระยะเวลา6 เดือน ผู้ป่วยทุกคนกินยาถูกต้องครบถ้วนตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยทุกคนมีสีของปัสสาวะเป็นสีส้ม ส่วนใหญ่เบื่ออาหารในช่วงแรกของการรักษา หลังจาก 2 เดือนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีขึ้น มีอาการข้างเคียงของยาช่วงแรกของการรักษา และผู้ป่วยทุกคนได้รับคำแนะนำตามเกณฑ์ครบถ้วนจนสิ้นสุดการรักษา

มีผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด 45 ราย ประกอบด้วยเด็กอายุต่ำกว่า 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.78 และกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 ทุกคนได้รับการคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 100 พบผู้มีอาการสงสัยวัณโรค จำนวน 1 คน และได้ส่งตัว พบแพทย์ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ได้รับการคัดกรองทั้งหมด ผลการตรวจเสมหะ ทุกคนไม่พบเชื้อ

ผลการการเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก พบว่า ผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วยมีผลการตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (ผลการตัวสมหะเป็น ลบ) ทั้งหมด 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการรักษาสำเร็จเมื่อสินสุดการรักษา (Success Rate) พบว่า เมื่อสิ้นสุดการรักษาตามสูตรยาต้านวัณโรค ผู้ป่วยทุกรายมีผลการตรวจเสมหะเป็นลบ รับประทานยาครบตามสูตรการรักษา และรักษาครบ และหายขาดจากโรควัณโรคทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ด้านการผ่านการอบรม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วย พบว่าทุกคนผ่านการอบรมเนื่องมาจาก งานควบคุมป้องกันโรควัณวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่มานาน กลุ่มเป้าหมายจึงตระหนัก และให้ความสำคัญมาเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งการประสานงานของภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการส่งคืนข้อมูลสถานการณ์โรควัณโรคแก่ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายสม่ำเสมอทำให้ชุมชนตระหนักและสนใจร่วมไขปัญหา การทดสอบความรู้เรื่องโรควัณโรค พบว่าก่อนและหลังการอบรม ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นมาก เปรียบเทียบจากระดับคะแนนมากที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.17 เป็นร้อยละ 57.75 ทั้งนี้เป็นผลมาจากผู้เข้าร่วมอบรมให้ความสนใจ ตั้งใจฟัง วิทยากรมีความรู้ความสามารถ สามารถถ่ายทอดความรู้จากประสบการณ์จริงที่เคยปฏิบัติงานทำให้เข้าใจได้ง่ายและสามารถปฏิบัติได้จริง

ด้านข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อายุเฉลี่ย 54±17.3 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.56 เนื่องจากผู้ป่วยในวัยนี้ในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำงานหนัก การรักษาความสะอาดของร่างกายและบริเวณบ้านไม่ดี บ้านเรือนปิดมิดชิดอากาศถ่ายเทไม่ดี

ด้านการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกรายได้รับการคัดกรองวัณโรคอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จากผลการคัดกรองพบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด 45 คน และได้ส่งตัวพบแพทย์ทั้งหมด 18 คน ผลการตรวจเสมหะ ไม่พบเชื้อวัณโรค ทั้งนี้เป็นผลมาจากผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแพทย์สั่งจึงไม่มีการแพร่กระจายของเชื้อ ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำจาก อสม.และเจ้าหน้าที่สม่ำเสมอและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด จึงสามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อได้

ด้านการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค พบว่าผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์มาตรฐาน DOTS ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วน ถูกต้องตามแพทย์สั่งทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้เป็นผลมาจากการดำงาน DOT อย่างจริงจัง เจ้าหน้าที่ อสม. และญาติมีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทของพี่เลี้ยง อีกทั้งมีความเสียสละ มีจิตอาสาออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน DOTS มีการนิเทศติดตามงานสม่ำเสมอ และผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ถึงแม้ช่วงต้นของการกินยาผู้ป่วยทุกคน

มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และบางคนมีผื่นคันตามตัว ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยา แต่เมื่อได้รับการดูแลให้กำลังใจและได้รับการแนะนำอย่าถูกต้องจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเชื่อมั่นในการรักษา อีกทั้งผลของการรักษาเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากภายหลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยและญาติจึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ด้านผลลัพธ์ของการรักษา จากการดำเนินงานกำกับติดตามการกินยาของผู้ป่วยโรควัณโรคโดยระบบพี่เลี้ยงที่เป็นญาติ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด จนสิ้นสุดการรักษา พบว่าผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมาก ผู้ป่วยทุกรายได้รับการกำกับติดตามการกินยาอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยกินยาถูกต้องและครบตามสูตรการรักษาที่แพทย์สั่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกรายมีผลการตรวจเสมหะภายหลังการรักษาเปลี่ยนจากเสมหะบวกเป็นเสมหะลบ (Conversion rate=100%) และเมื่อสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยหายขาดจากโรค (Success rate =100 %) ไม่เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อในชุมชน บรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกประการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความสามารถ มีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบ มีการตรวจสอบติดตามประเมินผลการทำงานของ อสม.และญาติสม่ำเสมอ อสม. ญาติ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมีกำลังใจและเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นไปตามขั้นตอนจนสิ้นสุดการรักษาทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค[3,4,5]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และญาติผู้ป่วย โดยต้องพัฒนาให้เขามีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของพี่เลี้ยงอย่างแท้จริงก่อนให้เขาปฏิบัติงานจริง

2. ในช่วงระยะเริ่มแรกของการรักษาของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก มีผลต่อความเชื่อมั่นในการรักษาของผู้ป่วย และญาติ อสม.และเจ้าหน้าที่ พี่เลี้ยงควรปฏิบัติงานเข้มข้นในช่วงเวลานี้และหมั่นให้คำแนะนำ ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งให้กำลังใจและยืนยันผลการรักษากับผู้ป่วยและญาติ

3. การคัดเลือก อสม. และญาติ ควรคำนึงถึงคุณสมบัติ ต้องเป็นคนที่มีความรู้อ่านออกเขียนได้และมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วย

4. หากผู้ป่วยยากจนไม่มีทุนทรัพย์ ในการซื้ออาหารมีประโยชน์รับประทาน หรือไม่มีค่าเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด ควรประสานกับผู้นำชุมชนเทศบาลเพื่อขอรับการช่วยเหลือ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยวัณโรค ญาติผู้ป่วยวัณโรค และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์และบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ โรงพยาบาลสมเด็จ และภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอสมเด็จ. (2567). อัตราป่วยด้วยวัณโรค พื้นที่อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ
2. กระทรวงสาธารณสุข .กรมควบคุมโรคติดต่อ .กองวัณโรค .Management Of Tuberculosis Modified Who Modules of Managing Tuberculosis at District Level.กรุงเทพฯ.ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย,2564

3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค .แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ปี 2556.กรุงเทพฯ.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.2556
4. เกียรติกำจร กุศลการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาอย่างต่อเนื่อง.วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัติ วิกฤติปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2553, (2553)
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยและสมาคมปราบวัณโรค แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำ กัด 2555

ผลของการพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดปราจีนบุรี

Effects of Network Development in Promoting Paticipation in Solving Teenage Pregnancy Problem in Prachinburi Province.

(Received: May 28,2025 ; Revised: June 8,2025 ; Accepted: June 10,2025)

ผ่องศรี รำจวน[1] อัญชลี มงกุฎทอง[2] นงลักษณ์ สุขเอี่ยม[3]
Phongsri Rumjuan[1] Alchalee Mongkutthong[2] Nongluck Sukiam[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเครือข่าย จำนวน 273 คน และกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 233 คน ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2568 เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

ผลการศึกษา การพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้วงจร PDCA คือ วางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) สังเกตผลการปฏิบัติ (Check) และการประเมินผล (action) พบสภาพปัญหาการดำเนินงาน ได้แก่ ขาดการมีส่วนร่วมของระบบเครือข่าย ระบบบริการไม่ได้ตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ขาดการส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์แบบเชิงรุกและขาดระบบการประเมินผล ระบบบริการสุขภาพในการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหารจัดการ 2) พัฒนาระบบการจัดบริการ 3) การบริการเชิงรุก 4) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และ 5) การประเมินผล หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีส่วนร่วมดำเนินงานโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กลุ่มวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: การพัฒนาเครือข่าย, การส่งเสริมการมีส่วนร่วม, ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Abstract

This action research aims to study effects of network development in promoting participation in solving teenage pregnancy problems in Prachinburi Province. Sample group consisted of 273 network members and 233 adolescents aged 15-19 years, between January-April 2025. Research instrument used was a questionnaire, including: Knowledge about teenage pregnancy, network participation, health literacy, access to health information and services, and pregnancy prevention behaviors. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, including Wilcoxon signed ranks test and paired t-test.

Results: Developing a network to promote participation in solving the problem of teenage pregnancy using the PDCA cycle: Plan, Do, Check, and Action. Problems found in the operation include lack of network participation, service system not following the standards of health service that are friendly to adolescents, lack of proactive reproductive health promotion and lack of evaluation system. The health service system

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, Corresponding author: phongsri1988@gmail.com
[2] ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

for preventing and solving teenage pregnancy problems has 5 components: 1) policy and management 2) develop service management system 3) proactive service 4) develop information system and 5) evaluation. After network development, there was a statistically significant increase in overall knowledge about teenage pregnancy ($p<0.001$) and a statistically significant increase in overall participation in activities ($p<0.001$). Adolescent group had a significantly higher overall health literacy about pregnancy ($p<0.001$).

Keyword: Network Development, Promoting Participation, Teenage Pregnancy Problems

บทนำ

อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลก จากสถิติในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการคลอดบุตรของมารดาทั่วโลกที่มีอายุ 15-19 ปี มีจำนวน 16 ล้านคนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สถานการณ์อัตราการคลอดในประเทศทั่วโลก พบว่า อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี ลดลงจากการอัตราการเกิด 64.5 ต่อผู้หญิง 1,000 คน ในปีพ.ศ. 2543 ในปีพ.ศ. 2566 เป็น 41.3 คนต่อผู้หญิง 1,000 คน แม้ว่ามีแนวโน้มลดลงแต่ในเอเชียใต้และในภูมิภาคละตินอเมริกา แคริบเบียน และภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮารา ยังคงมีอัตราการเกิดสูงสุดทั่วโลกในปีพ.ศ. 2566 ที่ 97.9 และ 51.4 ต่อผู้หญิง 1,000 คน ตามลำดับ[1] ซึ่งสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับว่า เป็นปัญหาใหญ่ของสังคมไทยที่มีความซับซ้อน และส่งผลกระทบในมิติต่างๆ ต่อประเทศ เช่น มิติด้านสังคม มิติด้านเศรษฐกิจ และมิติด้านสาธารณสุข การศึกษา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพในครอบครัว และสาเหตุการมีเพศสัมพันธ์[2] แนวทางการแก้ไขโดยมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันการตั้งครรภ์และการจัดการปัญหาที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ การใช้การอบรมเพิ่มความรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน[3] การที่วัยรุ่นคนหนึ่งตั้งครรภ์นั้นทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมโดยรวม ผลเสียบางอย่างมีความสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ นอกจากนี้ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นบางราย ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ เมื่อทารกเติบโตขึ้นอาจทำให้เป็นเด็กมีปัญหา ก่อความเดือดร้อนให้กับสังคม ซึ่งสะท้อนว่าผลกระทบ จากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอาจมีการถ่ายทอดต่อไปยังคนอีกรุ่น[4] ผลกระทบต่อบทบาทมารดาและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของวัยรุ่นก่อให้เกิดความตึงเครียดในการเลี้ยงดูบุตรและเกิดภาวะซึมเศร้าได้[5] ซึ่งในประเทศไทย อัตราการคลอดซ้ำในวัยรุ่น ระหว่างปีพ.ศ. 2563-2566 พบว่าร้อยละการคลอดซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 9.8, 9.0, 8.8, 7.5 ตามลำดับ[6] การพัฒนาเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม (Participatory network development) เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินการใด ๆ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์นั้นได้นำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของกลุ่มคน การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกคน กระบวนการมีส่วนร่วมจึงแสดงถึงความตระหนัก ความต้องการและคุณค่าของประชาชนที่เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการและการตัดสินใจของภาครัฐภายใต้การมีเป้าหมายเดียวกันเพื่อให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสมและได้รับการสนับสนุนจากประชาชน[7]

แนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การศึกษาของพรรษมน สุริยสาร[17] พบว่าการพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยการอบรมความรู้ และทักษะ แก่เยาวชนและ

ผู้ปกครองเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการใช้ สื่อ การให้คำปรึกษาจากบุคคลที่ไว้ใจ (แม่คนที่ 3) และการเยี่ยมบ้านร่วมกันทุกภาคส่วน และการศึกษาโครงการ 1 โรงพยาบาล 1 โรงเรียน ที่คอยส่งต่อสถานการณ์ปัญหาและร่วมกันดำเนินการแก้ไข มีการสนับสนุนงบดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การสื่อสารสร้างกระแสสังคมผ่านสื่อหลายช่องทาง พร้อมแทรกวิชาเพศศึกษาและทักษะชีวิตลงในการเรียนการสอน ส่วนปัจจัยที่สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ[8]

จังหวัดปราจีนบุรี สถิติระหว่างปี 2563-2567 มีสตรีวัยรุ่นหญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ มีจำนวน 529, 338, 309, 322 และ 261 คน ตามลำดับ วัยรุ่นหญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์ซ้ำ มีจำนวน 73, 54, 41, 47, 35 คิดเป็นร้อยละ 13.80, 15.98, 13.27, 14.60 และ 13.41 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงแต่ยังเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้ไม่เกินร้อยละ 13.0[9] จากสภาพปัญหางานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จึงได้เข้าร่วมโครงการการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ในปีพ.ศ. 2567[6] และได้จัดทำโครงการรณรงค์ควบคุมและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดปราจีนบุรี พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะทำงานตามระบบเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่มีการไหลเวียนของข้อมูลดังนี้ คลินิกหรือพื้นที่เฝ้าระวังในจังหวัด จะดำเนินการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังและส่งข้อมูลให้หน่วยงานส่วนกลาง เมื่อได้รับข้อมูลเฝ้าระวังจากพื้นที่เฝ้าระวัง หน่วยงานส่วนกลางจะวิเคราะห์ข้อมูลและแปรผลข้อมูล และรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังต่อผู้บริการเพื่อใช้ในการติดตามการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหา จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยทำการศึกษาถึง ผลของการพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดปราจีนบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดปราจีนบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาเครือข่าย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการมีส่วนร่วมดำเนินงาน

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สมมติฐานของการวิจัย

หลังพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เครือข่ายมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นและกลุ่มวัยรุ่นมีการปรับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวทางปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggar[10] วงจร PDCA คือ วางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) สังเกตผลการปฏิบัติ (Check) และการประเมินผล (action) ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน (Plan) การทบทวนวรรณกรรมและการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการจัดประชุมกลุ่ม (focus group) เพื่อเสริมสร้างด้านการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการ

ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย คณะทำงานเสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น บุคลากรในโรงพยาบาล นายกเทศมนตรี สมาชิกสภาเทศบาล ตัวแทนผู้บริหารโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและตัวแทนผู้ปกครอง ระยะเวลาการประชุม 1 วัน เนื้อหาการประชุมเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย ระบบเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและป้องกันโรคที่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ ใช้การคัดกรองปัญหากลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งในชุมชนและสถานศึกษา

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการพัฒนา (Do) ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2568 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ภายใต้โครงการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์[6] ดังนี้

1. กิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายชุมชน ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 273 คน ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แบ่งเป็นอำเภอละ 1 วัน ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามก่อนดำเนินการ (pre-test) เนื้อหาประกอบด้วย 1) กำหนดกลยุทธ์จากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 2) ค้นหากลุ่มเสี่ยงและส่งต่อข้อมูล เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ

2. กิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น จำนวน 233 คน ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แบ่งเป็นอำเภอละ 1 วัน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กในโรงเรียนได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น มี 5 กิจกรรม รวม 5 ชั่วโมง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบ การเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะชีวิต และเพศศึกษาอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น วิธีการพัฒนาโดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือชี้แจงการพัฒนาระบบการจัดบริการ ในจังหวัดปราจีนบุรี ประกอบด้วย คลินิกบริการในโรงพยาบาล (7 แห่ง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (94 แห่ง) รวม 101 แห่ง เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 (Youth Friendly Health Services: YFHS) ของกระทรวงสาธารณสุข[6] มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหารจัดการ 2) ระบบการจัดบริการ 3) บริการเชิงรุกในชุมชนโรงเรียน และเครือข่าย 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ และ 5) การประเมินผล

ระยะที่ 3 ตรวจสอบการดำเนินงาน (Check) การตรวจสอบแผนการดำเนินงานตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น จังหวัดปราจีนบุรี การดำเนินงานภายใต้โครงการการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่องมาจากปี พ.ศ.2567

ระยะที่ 4 การประเมินผล (action) ตามกรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. กลุ่มเครือข่าย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การมีส่วนร่วมดำเนินงานของเครือข่าย และ การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย

2. กลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในจังหวัดปราจีนบุรี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรกรณีทราบ

ขนาดจำนวนประชากรทั้งหมด[10] ได้แก่ เครือข่ายจำนวน 273 คน และกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 233 คนโดยใช้วิธีเลือกตามคุณสมบัติ ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2568 รวม 5 เดือน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการพัฒนา ดังนี้

1.1 กิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย 1) กำหนดกลยุทธ์จากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 2) ค้นหากลุ่มเสี่ยงและส่งต่อข้อมูล เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ

1.2 โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงเรียน เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบแก่วัยรุ่นและเยาวชน การเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิต และเพศศึกษา อนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.3 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น วิธีการพัฒนาโดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือชี้แจงการพัฒนาระบบการจัดบริการ ในจังหวัดปราจีนบุรี ประกอบด้วย คลินิกบริการในโรงพยาบาล (7 แห่ง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (94 แห่ง) รวม 101 แห่ง เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหารจัดการ 2) ระบบการจัดบริการ 3) บริการเชิงรุกในชุมชนโรงเรียน และเครือข่าย 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ และ 5) การประเมินผล

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม (focus group) วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างด้านการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน เกี่ยวกับสภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติการ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเครือข่าย ประยุกต์จากการศึกษาการมีส่วนร่วมแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น[11] ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเครือข่าย การตอบ ถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[12]คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป) ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเครือข่าย เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[13] การแปลผลรวม 150 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[14] ดังนี้ ระดับต่ำ (30.0 – 40.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (40.01-80.0 คะแนน) ระดับสูง (80.01 – 150.0 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามกลุ่มวัยรุ่น ดังนี้ ส่วนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[13] คือ 1 = ไม่รู้เรื่องนั้นเลย ถึง 5 = รับรู้มากที่สุด การแปลผลรวม 70 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[14] ดังนี้ ระดับต่ำ (14.0-18.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (18.68-37.33 คะแนน) ระดับสูง (37.34-70.0 คะแนน) ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[13] ดังนี้ 1= ไม่ได้ปฏิบัติ ถึง 5= ทุกครั้ง การแปลผลรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[14] ดังนี้ ระดับต่ำ (20.0-26.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (27.68-53.33 คะแนน) ระดับสูง (53.34-100.0 คะแนน) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นมาตรวัด 5 ระดับ[13] ดังนี้ 1= ไม่ได้ปฏิบัติ ถึง 5= 6-7 วัน/สัปดาห์ การแปลผลรวม 55 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[14] ดังนี้ ระดับต่ำ (11.0-14.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (14.68-29.33 คะแนน) ระดับสูง (29.34-55.0 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

(Content validity index: CVI) และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏดังนี้ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม CVI = 1 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น KR-20 = 0.94 การมีส่วนร่วมของเครือข่าย alpha= 0.93 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ alpha= 0.82 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ alpha= 0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดประชุมอธิบายโครงการวิจัย วิธีการเข้าร่วมการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ส่งลิงค์ของ google form ให้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและจำนวนที่ผู้วิจัยกำหนด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่าน google form 2 ครั้ง คือ เดือนมกราคม 2568 (pre-test) และหลังดำเนินการเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนพฤษภาคม 2568 (post-test) โดยไม่กำหนดระยะเวลาการตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี เลขรับรอง 005-2568 วันที่ 21 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมความรู้และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มี 5 กิจกรรม ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 1) ปัญหาและผลกระทบ 2) การเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ 3) อนามัยเจริญพันธุ์ 4) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหารจัดการ 2) พัฒนาระบบการจัดบริการ 3) การบริการเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน 4) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และ 5) การประเมินผล หลังพัฒนาทำให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น โรงเรียนมีส่วนร่วมสนับสนุนการปรับพฤติกรรมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

2. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเครือข่ายโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 71.1 เป็นร้อยละ 75.1 หลังอบรมเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-12.606 , $p<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเครือข่ายโดยรวมก่อนและหลังพัฒนา (n=273)

ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวม 20 คะแนน	Median	IQR (Q1-Q3)	Z	p-value
ก่อนพัฒนา	13.00	9.00-14.00		
หลังพัฒนา	16.00	12.05-18.74	-12.606	<0.001*

*p<0.05, Wilcoxon signed ranks test

3. การมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 96.0 เป็นร้อยละ 100.0 หลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.642, p<0.001) มีส่วนร่วมดำเนินงานมากที่สุด คือด้านสถานการณ์ (p<0.001) รองลงมา คือด้านปัจจัยนำเข้า (p<0.001) และน้อยที่สุด คือด้านกระบวนการดำเนินงาน (p<0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมดำเนินงานของเครือข่ายโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=273)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
สถานการณ์	19.47±1.89	19.87±0.71	-3.762	<0.001*
ปัจจัยนำเข้า	19.42±1.92	19.81±0.77	-3.673	<0.001*
กระบวนการดำเนินงาน	29.00±3.89	29.63±2.54	-3.468	0.001*
การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเชิงรุก	22.25±2.98	22.80±1.60	-3.584	<0.001*
การติดตามประเมินผล	14.82±2.31	15.25±1.15	-3.637	<0.001*
ค่าเฉลี่ย	**104.97±12.09**	**107.36±5.24**	**-3.642**	**<0.001***

**p* <0.05, Paired t-test

4. ผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงเรียน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 67.8 เป็นร้อยละ 71.7 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.922, p<0.001) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากที่สุด คือด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ต่อตนเอง (p<0.001) และน้อยที่สุด คือด้านสุขภาพของทารกในครรภ์ (p<0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=233)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ต่อตนเอง	15.60±3.939	15.96±3.985	-4.109	<0.001*
ด้านสุขภาพของทารกในครรภ์	31.74±11.158	32.58±11.765	-3.647	<0.001*
ค่าเฉลี่ย	**47.33±14.46**	**48.54±15.17**	**-3.922**	**<0.001***

**p* <0.05, Paired t-test

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า หลังพัฒนามีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 57.9 เป็นร้อยละ 60.9 หลังพัฒนามีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.117, p<0.001) มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมากที่สุด คือการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ (p<0.001) รองลงมา คือการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (p<0.001) และน้อยที่สุดคือ คือการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (p<0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=233)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.80±4.51	14.25±5.04	-4.318	<0.001*
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	12.60±4.64	13.11±5.36	-4.183	<0.001*
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์	14.29±5.47	14.77±5.92	-4.648	<0.001*
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	13.27±4.93	13.73±5.54	-3.868	<0.001*
ค่าเฉลี่ย	**53.97±16.00**	**55.85±18.48**	**-5.117**	**<0.001***

**p* <0.05, Paired t-test

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า หลังพัฒนากลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.1 เป็นร้อยละ 78.1 หลังพัฒนามีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -8.693, p<0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=233)

พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์	ก่อน	หลัง	t	p-value
	Mean±SD	Mean±SD		
รวม 55 คะแนน	30.58±3.48	45.36±3.23	-7.693	<0.001*

**p* <0.05, paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

1. โปรแกรมความรู้และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบ 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทักษะชีวิต และเพศศึกษา 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อธิบายได้ว่า ระบบบริการสุขภาพในการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายและการบริหารจัดการ 2) พัฒนาระบบการจัดบริการ 3) การบริการเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน 4) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และ 5) การประเมินผลการพัฒนา หลังพัฒนาทำให้วัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น นักเรียนในโรงเรียนเครือข่ายมีส่วนร่วมสนับสนุนการปรับพฤติกรรมและเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วฤษสพร ณัฐรุจิโรจน์[15] ในการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น พบว่า การดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับระบบบริการสำหรับการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งกำหนดขึ้นโดยสมาพันธ์องค์กรสวัสดิการเด็กแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แก่ 1) บริการป้องกันปัญหา 2) บริการด้านสังคม 3) บริการดูแลสุขภาพ และการศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จต่อพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า แนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จต่อพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) การค้นหาบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อวัยรุ่น 2) การเตรียมความพร้อมเมื่อ

ตั้งครรภ์และมีการติดตามเยี่ยมในระยะหลังคลอด 3) การเตรียมความพร้อมของครอบครัวต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว 4) การติดตามและให้การดูแลด้านจิตใจ และ 5) การประเมินผลพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์[16]

2. ผลการพัฒนาเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่าย มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น โดยเครือข่ายมีความรู้ว่าในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นซึ่งประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์เป็นอันดับต้นๆ ของโลก และมีความรู้ว่าการหลั่งนอก การสวนล้างช่องคลอด การปัสสาวะทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์ หรือการนับหน้า 7 หลัง 7 ก่อนและหลังวันแรกของการมีประจำเดือนไม่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ โดยรวมเครือข่าย มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับเรื่องการมีส่วนร่วมดำเนินงานของเครือข่าย อธิบายได้ว่า หลังพัฒนา เครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเครือข่ายมีการจัดทำข้อมูลและสื่อสารข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ร่วมในการจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงเรียน ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในรายที่พบปัญหาซับซ้อนเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำญาติตามลำดับ หลังการพัฒนาจึงทำให้เครือข่ายมีการดำเนินงานแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นและผลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงจนไม่เกิดการตั้งครรภ์[17] และการวิจัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประกอบด้วย ภาคีเครือข่าย/ชุมชนที่มีเป้าหมายเดียวกัน ร่วมคิดร่วมทำ และร่วมแบ่งปันทรัพยากร การมีวิสัยทัศน์และนโยบายที่ชัดเจนของผู้นำ การมีข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่จะเป็นการสะท้อนปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจ การให้วัยรุ่นเป็นศูนย์กลางได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีระบบการ ติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ[18]

3. ผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงเรียน พบว่า หลังพัฒนากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ในด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือ การตั้งครรภ์ในภาวะร่างกายไม่พร้อมที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์ได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีความรอบรู้ว่าถ้าหากแม่วัยรุ่นเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ตามลำดับ วัยรุ่นโดยรวมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า หลังพัฒนากลุ่มวัยรุ่นมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ในด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรือนแก้ว โยรภัตร และคณะ[19] การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนมัธยม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมวัยรุ่นมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น และการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ พบว่า หลังพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ช่วยแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่นได้ โดยอาศัยการพัฒนาองค์ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่นหรือระบบความรอบรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach) รวมไปถึงการดำเนินกิจกรรมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง[20]

4. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า หลังพัฒนากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่อวัยรุ่นมีความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดแล้วยากที่จะผ่อนคลายลงได้ ถ้าเพื่อนชวนไปเที่ยวสถานเริงรมย์ฉันต้องไปด้วยเสมอ และมีการนัดหมายตามลำพังสองต่อสองกับเพื่อนต่างเพศในที่ลับตา ตามลำดับ อธิบายได้ว่าหลังพัฒนาทำให้กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เสียงนัน[21] การศึกษาการรับรู้และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า เครือข่ายมีมุมมองต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นไปเชิงลบ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ท้าท้าย เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย[22] สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า หลังพัฒนามีระดับการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น[23]

สรุป หลังการพัฒนาเครือข่ายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สามารถช่วยแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ มีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้เกิดความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่วัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ต้องดำเนินเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา ควรมีนโยบายส่งเสริมให้ทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการพัฒนาสถาบันครอบครัว สร้างกลไกเพื่อบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงานเพื่อดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ ครอบครัวของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน/การวางแผนและพัฒนาระบบเครือข่าย ควรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการ พัฒนาสถาบันครอบครัว เฝ้าระวังวัยรุ่นกลุ่มเสียง ร่วมดูแลครอบครัวของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และหลังคลอด ส่งเสริมมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การกระตุ้นหนุนเสริมให้บุคคลในครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหาที่ส่งผลตามมาจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adolescent birth rate (women aged 15-19 years). World Health Statistics [internet]. 2023. [Cited 2024, November 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
2. แก้วตะวัน ศิริลักขณานันท์, สายสมร เฉลยกิตติ, ชัชวาล วงค์สารี. บทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบองค์รวมในหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 25-32.
3. สำเริง ดัดตนรัมย์, จารุวรรณ ไตรทิพย์ สมบัติ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. วารสารวิชาการ สคร.9, 2562; 25:78 – 87.
4. พันธุ์ทิพย์ บุญเกื้อ. การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นใน อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(2): 195-216.

5. Colpin H, Munter AD, Nys K, Vandemeulebroecke L. Pre-and postnatal determinants of parenting stress in mothers of one-year-old twins.Marriage & Family Review [internet]. 2017. [Cited 2022 Jan 12]. Available from: http://www.tandfonline.com
6. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2567 Teenage pregnancy surveillance, Thailand 2024 กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://rh.anamai.moph.go.th/web
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
8. มลิวัลย์ ศรีม่วง. รายงานวิจัยเรื่อง การจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. ฐานข้อมูล HDC สุขภาพทั่วไปของประชาชน [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://pri.moph.go.th/contact
10. Kemmis S, & McTaggart R. The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2557.
12. วรรณี สินปักษา, สุวรัฐ แลสันกลาง. การนำนโยบายการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสู่การปฏิบัติในพื้นที่อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสาร มจร. มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์ 2563; 6(1):35-48.
13. Bloom BS. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill; 1997.
14. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
15. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977.
16. วฤษสพร ณัฐรุจิโรจน์. การขับเคลื่อนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2560; 20: 216-29.
17. ศิริรัตน์ อินทรเกษม, พยอม สินธุศิริ, ดารุนนีย์ สวัสดิโชตติ์, ดัชนี สุวรรณคม, จรินทร โคตรพรม, วรนุช ไชยวาน. แนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น: กรณีศึกษาจังหวัดนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(1): 128-37.
18. พรรษมน สุริยสาร. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลงิ้วราย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2562; 5(2): 132-45.
19. ณิชามัญช์ เอี่ยมแสงจันทร์. รายงานการวิจัยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
20. เรือนแก้ว โยรภัตร, วราภรณ์ บุญเชียง, กรรณิการ์ อินต๊ะวงศ์. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนมัธยมปลายระหว่างนักเรียนชนเผ่าและนักเรียนพื้นราบ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2564; 31(3): 42-57.
21. ประจักษ์ จันทะราช, ธนวรรษน์ สำกำปัง, ฐิติมา ชายพระอินทร์, อานนทพร มุกดาม่วง. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2565; 5(5): 120-37.
22. เสาวลักษณ์ เสียงนัน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
23. สุภาพันธ์ จันทร์ศิริ, เจริญชัย วงศ์วัฒน์กิจ. การรับรู้และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า. NURS SCI J THAIL 2022; 40(2): 17-33.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of a Lifestyle Medicine-Based Health Behavior Modification Program on Glycemic Control and Body Mass Index Among Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients in Nong Kung Si District, Kalasin Province.

(Received: May 29,2025 ; Revised: June 3,2025 ; Accepted: June 4,2025)

ทนงศักดิ์ ราชเจริญ[1]
Tanongsak Ratjaroen

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 35 ราย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โปรแกรมมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 6 ด้านของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคม ออกแบบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต และตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS), ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และดัชนีมวลกาย (BMI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเฉพาะในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังพบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (เฉลี่ยลดลง 35.55 mg/dL, $p < 0.001$) ค่า HbA1c (เฉลี่ยลดลง 1.23%, $p < 0.001$) และดัชนีมวลกาย (เฉลี่ยลดลง 0.77 kg/m², $p < 0.001$)

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, การส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, เบาหวานชนิดที่ 2, ชุมชนชนบท

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed to examine the effects of a lifestyle medicine-based health behavior modification program on glycemic control and body mass index (BMI) among patients with uncontrolled type 2 diabetes. The study was conducted with 35 participants from the outpatient diabetes clinic at Nong Kung Si Hospital, Kalasin Province, Thailand. The 12-week intervention program was developed based on six core pillars of lifestyle medicine: nutrition, physical activity, stress management, sleep, avoidance of risky substances, and social connection. The program design integrated the Self-Efficacy Theory and the Transtheoretical Model to promote sustainable behavioral change through goal setting, self-monitoring, peer support, and family involvement. Data were collected using a lifestyle medicine health behavior assessment questionnaire and clinical indicators, including fasting blood sugar (FBS), glycated hemoglobin (HbA1c), and BMI. Statistical analyses were performed using descriptive statistics, paired t-tests, and Wilcoxon signed-rank tests.

Findings revealed significant improvements in overall lifestyle health behavior scores after participation in the program ($p < 0.001$), particularly in nutrition, physical activity, and mental well-being domains. Clinically, there were statistically significant reductions in FBS levels (mean reduction = 35.55

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลหนองกุงศรี

mg/dL, p < 0.001), HbA1c levels (mean reduction = 1.23%, p < 0.001), and BMI (mean reduction = 0.77 kg/m², p < 0.001).

Keywords: Lifestyle Medicine, Health Promotion, Health Behavior, Type 2 Diabetes Mellitus, Rural Community

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่มีผลกระทบทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย โดยโรคเหล่านี้ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรในระยะยาว องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากโรค NCDs ลง 1 ใน 3 ภายในปี ค.ศ. 2030 โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่มีอัตราการเกิดสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะอ้วนลงพุงและภาวะไตเสื่อม ข้อมูลจากสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation)[2] พบว่าในปี 2564 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มอายุ 20-79 ปี ทั่วโลกมีประมาณ 537 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 เมื่อเทียบกับปี 2562 และคาดการณ์ว่าในปี 2573 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 634 ล้านคน และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 783 ล้านคนในปี 2588 นอกจากนี้ในประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 300,000 คนต่อปี และในปี 2565 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมทั่วประเทศมีประมาณ 3.3 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2564 ประมาณ 150,000 คน[3]

จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จำนวน 388, 384 และ 308 คน คิดเป็นอัตราป่วย 593.20, 588.44 และ 481.87 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ที่สำคัญคือพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 56.11, 72.35 และ 68.26 ในแต่ละปีตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้เพียงร้อยละ 31.74 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 40 นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะภาวะอ้วนลงพุงที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.91 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 65.48 ในปี พ.ศ. 2567 และภาวะแทรกซ้อนทางไตที่พบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.85 เป็นร้อยละ 18.01 ในช่วงเวลาเดียวกัน[4]

ในเชิงการแพทย์และการรักษา เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine; LM) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาโรค โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 6 ด้านหลัก ได้แก่ อาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การนอนหลับ การจัดการความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม[5] การนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แสดงผลลัพธ์ที่ดีในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยและต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ[6,7] นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

จากสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานของอำเภอหนองกุงศรีและหลักฐานเชิงประจักษ์

ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่ออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยบูรณาการองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างครบถ้วน และศึกษาผลลัพธ์ทั้งในด้านระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (One-group with pretest-posttest design) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึงเมษายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่า 7% และมีภาวะอ้วน (BMI >= 25 กก./ตร.ม.) มารับบริการที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 393 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.7 ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากผลงานวิจัยของนันทิยา มาตรา[6] กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.70 ความน่าจะเป็นความคาดเคลื่อนในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ 0.95 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูลจึงกำหนดการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 35 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดผู้ร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก และเกณฑ์การเลิกจากการร่วมวิจัย ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี อายุระหว่าง 35-59 ปี 2) มีค่า HbA1C มากกว่า 7% 3) มีภาวะอ้วน (BMI >= 25 กก./ตร.ม.) 4) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้และใช้แอพพลิเคชั่นพื้นฐานได้ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และ 6) สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัยและมีเวลาเข้าร่วมโปรแกรมตลอดทั้งโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคเบาหวาน เช่น แผลที่เท้า ไตวายระยะสุดท้าย 2) มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจรุนแรง ข้อเข่าเสื่อมรุนแรง 3) ตั้งครรภ์หรือวางแผนตั้งครรภ์ในช่วง 6 เดือน 4) ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ที่รุนแรง 4) มีประวัติการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาเบาหวานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์ให้เลิกจากการร่วมวิจัย (Discontinuation Criteria) คือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการวิจัย 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 3 ครั้งติดต่อกัน 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยยึดองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ อาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การนอนหลับ การจัดการความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมช่วยในการออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) โดยสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วย 6 ด้าน รวม 16 ข้อคำถาม ดังต่อไปนี้ 1) ด้านพฤติกรรมการกิน คำถาม 4 ข้อ ผลรวม 10 คะแนน 2) ด้านพฤติกรรมการนอน คำถาม 3 ข้อ ผลรวม 10 คะแนน 3) ด้านบุหรี่-แอลกอฮอล์ คำถาม 2 ข้อ ผลรวม 10 คะแนน 4) ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย คำถาม 3 ข้อ ผลรวม 10 คะแนน 5) ด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง คำถาม 2 ข้อ ผลรวม 5 คะแนน และ 6) ด้านจิตใจ คำถาม 2 ข้อ ผลรวม 5 คะแนน คะแนนวิถีชีวิตจากผลรวมของทั้ง 6 ด้าน เท่ากับคะแนนเต็ม 50 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวม

คะแนนที่ได้ 0-20 คะแนน แปลผล ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เป็นโอกาสดีที่จะได้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยให้คุณปรับวิถีชีวิต เพื่อพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นได้อย่างชัดเจน

คะแนนที่ได้ 21-30 คะแนน แปลผล เท่ากับค่าเฉลี่ย คุณมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และดีในบางเรื่อง ซึ่งยังมีบางส่วนที่จะช่วยเสริมให้คุณมีสุขภาพดียิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงการเกิดโรคในอนาคต

คะแนนที่ได้ 31-40 คะแนน แปลผล ดีมาก คุณมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพหลายด้าน มีแค่ส่วนน้อยที่คุณควรลองพิจารณาว่าจะสามารถพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไปได้อีกหรือไม่

คะแนนที่ได้ 41-50 คะแนน แปลผล ดีเยี่ยม คุณมีวิถีชีวิตที่ดีเยี่ยม มีแค่จุดเล็กๆน้อยๆที่คุณอาจจะเพิ่มเติมให้ดีเพิ่มขึ้นครบทุกด้าน

3) ผลตรวจวิเคราะห์ค่าทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) ภายหลังงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) และค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 แสดงถึงความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์การวัดอย่างสมบูรณ์ สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองใช้

(tryout) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.727

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 35 ราย จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต และ (3) ข้อมูลทางคลินิก (FBS, HbA1c, BMI) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2: การสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อม

สัปดาห์ที่ 3-4: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

สัปดาห์ที่ 5-6: การเพิ่มกิจกรรมทางกาย

สัปดาห์ที่ 7-8: การจัดการความเครียดและการนอนหลับ

สัปดาห์ที่ 9-10: การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและการสร้างสัมพันธภาพ

สัปดาห์ที่ 11-12: การรักษาพฤติกรรมใหม่

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ประกอบด้วย (1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต และ (2) ข้อมูลทางคลินิก (FBS, HbA1c, BMI) เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ในส่วนของข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่หาค่าจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test ตามการแจกแจงของชุดข้อมูล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ KLS.REC 57/2568 ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (68.6%) มีอายุเฉลี่ย 51.57 ± 6.15 ปี (ช่วงอายุ 37-59 ปี) และเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรส (97.1%) ด้านการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (42.9%) และประถมศึกษา (40.0%) สำหรับอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน (77.1%) และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (54.3%)

ในด้านประวัติการเจ็บป่วย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.83 ± 4.13 ปี (ช่วง 2-16 ปี) และมีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดย

พบความดันโลหิตสูงมากที่สุด (65.71%) ตามด้วยโรคไตเรื้อรัง (11.43%) ขณะที่ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากเบาหวานมี 34.29%

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 1 พบการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับ "เท่ากับค่าเฉลี่ย" (62.9%) ตามด้วย "ดีมาก" (22.9%) "ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย" (11.4%) และ "ดีเยี่ยม" (2.9%) ตามลำดับ

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับ "ดีมาก" (57.1%) ตามด้วย "เท่ากับค่าเฉลี่ย" (25.7%) "ดีเยี่ยม" (11.4%) และ "ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย" (5.7%) ตามลำดับ แสดงให้เห็นการเลื่อนระดับพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ	ระยะใช้โปรแกรม	การแปลผล			
		ดีเยี่ยม	ดีมาก	เท่าค่าเฉลี่ย	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวม 6 ด้าน	ก่อน	1 (2.9)	8 (22.9)	22 (62.9)	4 (11.4)
	หลัง	4 (11.4)	20 (57.1)	9 (25.7)	2 (5.7)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพรายด้านจากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า มี 3 ด้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ ด้านการกิน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.231$, $p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.80 ± 1.795 เป็น 4.91 ± 2.161 ด้านการออกกำลังกาย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.177$, $p = 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.03 ± 2.022 เป็น 5.69 ± 1.530 ด้านจิตใจมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.317$, $p = 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.43 ± 1.065 เป็น 4.06 ± 1.211 ในขณะที่ด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านการนอน ($p = 0.096$) ด้านบุหรี่-แอลกอฮอล์ ($p = 1.000$) และด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ($p = 0.180$) ไม่พบความแตกต่างอย่างทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตรายด้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต	ระยะใช้โปรแกรม	Mean	SD	Z	p-value
ด้านการกิน	ก่อน	2.80	1.795	-5.231	<0.001*
	หลัง	4.91	2.161		
ด้านการออกกำลังกาย	ก่อน	5.03	2.022	-3.177	0.001*
	หลัง	5.69	1.530		
ด้านการนอน	ก่อน	2.46	2.683	-1.667	0.096

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตรายด้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต	ระยะใช้โปรแกรม	Mean	SD	Z	p-value
	หลัง	2.74	2.748		
ด้านบุหรี่-แอลกอฮอล์	ก่อน	9.49	1.704	0.000	1.000
	หลัง	9.49	1.704		
ด้านจิตใจ	ก่อน	3.43	1.065	-3.317	0.001*
	หลัง	4.06	1.211		
ด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง	ก่อน	4.77	0.770	-1.342	0.180
	หลัง	4.91	0.507		

* แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 3 จากการวิเคราะห์ตัวชี้วัดทางคลินิกหลักทั้ง 3 ตัว พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัด ดังนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.006, p < 0.001) จากค่าเฉลี่ย 198.29 ± 42.067 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เป็น 162.74 ± 33.586 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 35.55 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (95% CI: 21.11-49.97)

ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.231, p < 0.001) จากค่าเฉลี่ย 11.03 ± 2.063% ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เป็น 9.80 ± 1.867% หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 1.23% (95% CI: 0.64-1.83)

ดัชนีมวลกาย (BMI) มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = 4.606, p < 0.001) จากค่าเฉลี่ย 29.64 ± 5.005 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เป็น 28.87 ± 4.988 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 0.77 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมทั้ง 6 ด้านมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -10.841, p < 0.001) จากค่าเฉลี่ย 27.97 ± 5.988 คะแนน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เป็น 31.66 ± 6.193 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 3.69 คะแนน (95% CI: -4.38 ถึง -2.99) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		95% CI of Mean Difference	t or z test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	198.29	42.067	162.743	33.586	21.11-49.97	5.006[a]	<0.001*
ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C)	11.03	2.063	9.80	1.867	0.64-1.83	4.231[a]	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (BMI)	29.64	5.005	28.87	4.988	-	4.606[b]	<0.001*

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		95% CI of Mean Difference	t or z test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวม 6 ด้าน	27.97	5.988	31.66	6.193	-4.38-2.99	-10.841[a]	<0.001*

[a]แสดงค่า t ทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples Test; [b]แสดงค่า z ทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

* แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีประสิทธิผลในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม 3.69 คะแนน สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงจากระดับ "เท่ากับค่าเฉลี่ย" ไปสู่ระดับ "ดีมาก" ตามเกณฑ์การประเมิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัติ และคณะ[9] ที่พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแบบองค์รวม การใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ในการออกแบบกิจกรรม มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรม เนื่องจากช่วยให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และสามารถคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยุภา พวงเงิน และ จักรกฤษณ์ พลราชม[10] ที่พบประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายด้านพบว่า 3 ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านการกิน ด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการจัดการโรคเบาหวาน กล่าวคือ ด้านการกินพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญที่สุด (Z = -5.231, p < 0.001) สะท้อนถึงความสำเร็จของการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐญา ธนบดีวิวัฒ และ รุจิรา ไชยรงศรี[11] ที่พบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ด้านการออกกำลังกาย (Z = -3.177, p = 0.001) แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการใช้น้ำตาลของเซลล์และทำให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านจิตใจ (Z = -3.317, p = 0.001) สะท้อนถึงความสำคัญของการจัดการความเครียดและสุขภาพจิต ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งทางตรงและทางอ้อม

ผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีความหมาย จากผลการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเท่ากับ 35.55 mg/dL และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 1.23% ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายทางคลินิกอย่างมาก โดยเฉพาะการลดลงของ HbA1C มากกว่า 1% ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ที่กำหนดว่าการลดลงของ HbA1C 1% สามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจาก

เบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี ปะวันนา[12] ที่พบการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิยา มาตรา[6] ที่พบการลดลงของค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)

การจัดการน้ำหนักและองค์ประกอบของร่างกาย การลดลงของดัชนีมวลกายที่มีความแตกต่างค่าเฉลี่ย 0.77 kg/m² แม้จะเป็นค่าที่ดูเล็กน้อย แต่มีความสำคัญทางสถิติและคลินิก เนื่องจากสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกายและการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ซึ่งเป็นเกณฑ์การคัดเลือกของการศึกษานี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thiabpho และคณะ[13] ที่พบการลดลงของน้ำหนักและดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญในสตรีที่มีภาวะอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงดาว ศรียากูลและคณะ[7] ที่พบการลดลงของดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม การออกแบบโปรแกรมแบบองค์รวม การครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ อาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การนอนหลับ การจัดการความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pot และคณะ[14] ที่พบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมในระยะยาว ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์เป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเห็นผลทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Odglun และคณะ[15] ที่ใช้ระยะเวลาเดียวกันและพบผลลัพธ์เชิงบวก บริบททางสังคมและวัฒนธรรม การดำเนินการศึกษาในพื้นที่ชนบทของอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้น้อย และมีระดับการศึกษาในระดับพื้นฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถปรับใช้ได้ในหลากหลายบริบท ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Health Care) ที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน ผลการศึกษานี้สนับสนุนการนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัดการศึกษานี้มีส่วนสำคัญในการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว รวมทั้งการลดภาระทางเศรษฐกิจจากโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. การนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรบูรณาการโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีอยู่ โดยจัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตและพัฒนาทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติและเครื่องมือมาตรฐาน ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้งเครื่องมือประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน คู่มือการปฏิบัติสำหรับบุคลากร และสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วย

3. การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงกับ Hospital Information System เพื่อติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมใน

ระยะยาว รวมทั้งจัดทำระบบรายงานผลเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ควรทำการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตกับการดูแลมาตรฐาน และศึกษาแบบ Multi-center เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลไปใช้อย่างกว้างขวาง

2. การศึกษาติดตามผลในระยะยาว ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ

3. การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และการปรับใช้ ควรทำการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรม และศึกษาการปรับใช้ในบริบทต่างๆ เช่น พื้นที่เมือง กลุ่มอาชีพที่แตกต่าง และการประยุกต์ใช้ในรูปแบบ Digital Health หรือ Telemedicine

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Advancing the global agenda on prevention and control of noncommunicable diseases 2000 to 2020: looking forwards to 2030. Geneva: WHO; 2023.

2.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021. Available from: https://diabetesatlas.org/data/en/world/

3.กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด: การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

5.American College of Lifestyle Medicine. Technology in lifestyle medicine [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://www.lifestylemedicine.org/

6.นันทิยา มาตรา. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):17–26.

7.ดวงดาว ศรียากูล, สันติ ลาภเบญจกุล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรไทยกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2567;18(1):72–92.

8.ชุติมา ศุภโชคชัยวัฒนา. ประสิทธิผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในโรงพยาบาลบางมูลนาก จ.พิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2567;5(1):55–66.

9.จิราพร ศรีพิบูลย์บัติ, ทมาภรณ์ สุขสวรรค์, ธีริศา สินาคม. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2563;13(2):47–60.

10.ยุภา พวงเงิน, จักรกฤษณ์ พลราชม. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. 2566;17(2):1–12.

11.ฐญา ธนบดีวิวัฒ, รุจิรา ไชยรงศรี. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):498–512.

12.มยุรี ปะวันนา. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(15):70–82.

13.Thiabpho C, Changbumrung S, Soonthornworasiri N, Yoddumnern-Attig B, Thaboot P, Nissayan P, et al. Intensive lifestyle modification program on weight loss and metabolic syndrome risk reduction among obese women in rural areas of Thailand. J Health Res. 2018;32(3):203–16. https://doi.org/10.1108/JHR-05-2018-022

14.Pot GK, Battjes-Fries MC, Patijn ON, van der Zijl N, Pijl H, Voshol P. Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now). BMJ Nutr Prev Health. 2020;3(2):188–95. https://doi.org/10.1136/bmjnph-2020-000081

15.Odglun Y, Sranacharoenpong K, Nirdnoy N. Effect of the culturally tailored diabetes prevention program for at-risk Thai Muslim people in semi-urban areas. J Health Res. 2023;37(4):1–10. https://doi.org/10.56808/2586-940X.1026

ผลของการเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Comparative Effects of Inpatient Hospital Care and Home Ward Care on Length of Stay, Treatment Costs, Re-admission Rates, and Complications in Pneumonia Patients at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: May 29,2025 ; Revised: June 2,2025 ; Accepted: June 3,2025)

กิตติมา เทพรังศิริกุล[1]
Kittima Theprangsirikul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่เก็บข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ที่มีรหัส ICD-10 J12-J18 ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ทั้งแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) จำนวนกลุ่มละ 40 คน รวมทั้งสองกลุ่มเป็น 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการ Re-admission ในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาหาจำนวน ร้อยละ และสถิติ Independence t-test

ผลการวิจัย พบว่าจำนวนวันที่เข้ารับการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p<.05$ ตามลำดับ) อัตราการ Re-admission ในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่าย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษา ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยในที่บ้าน, ระยะเวลานอนโรงพยาบาล, ค่าใช้จ่าย, อัตราการกลับมารักษาซ้ำ, โรคปอดอักเสบ

Abstract

This research is a retrospective study using patient medical records from Ban Phai Hospital with ICD-10 codes J12–J18, collected between January 2023 and December 2024. The objective was to compare treatment outcomes between hospital-based inpatient care and home-based inpatient care (Home Ward) in pneumonia patients, focusing on hospital length of stay, treatment costs, readmission rates, and complications. The sample consisted of electronic medical records of pneumonia patients treated either as inpatients at the hospital or through the Home Ward program at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province. Each group included 40 patients, totaling 80 participants. Research instruments included data collection forms for demographic information, length of hospital stay, treatment costs, one-month post-discharge readmission rates, and complications during and after treatment. Data were analyzed using descriptive statistics for frequencies and percentages, and the independent t-test for comparisons.

The results showed that the Home Ward group had significantly shorter hospital stays and lower treatment costs than the hospital inpatient group ($p < .001$ and $p < .05$, respectively). However, there were

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

no statistically significant differences between the two groups in terms of one-month readmission rates or complications during and after treatment (p > .05).

Keywords: Home Ward, length of stay, treatment costs, re-admission rates, pneumonia

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ซึ่งที่พบได้บ่อยคือโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย Streptococcus pneumonia หรือเชื้อนิวโมคอคคัส[1] ซึ่งนำไปสู่การอักเสบของเนื้อปอด โดยเฉพาะที่ถุงลม (alveoli) ทำให้เกิดการสะสมของของเหลวหรือหนองในถุงลม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ไอมีเสมหะ มีไข้และอ่อนเพลีย[2] ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ได้แก่ อายุ[3] โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือภาวะไตวายเรื้อรัง มีโอกาสเกิดโรคปอดอักเสบสูงกว่าคนทั่วไป[4] การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ เนื่องจากควันบุหรี่ทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจและลดความสามารถของร่างกายในการขจัดเชื้อโรค อีกทั้งมลภาวะทางอากาศ เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) ยังมีบทบาทในการกระตุ้นการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ[5] นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยก็มีความสำคัญ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายอวัยวะ มีแนวโน้มเกิดโรคปอดอักเสบสูงขึ้น เนื่องจากร่างกายไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] ผลกระทบของโรคปอดอักเสบส่งผลทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตั้งแต่อาการไม่รุนแรง เช่น มีไข้ ไอ มีเสมหะ และเหนื่อยง่าย ไปจนถึงอาการรุนแรง เช่น หายใจลำบาก หายใจเร็ว และภาวะพร่องออกซิเจนในกระแสเลือด (Hypoxemia) ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้[6]

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) จึงเริ่มเป็นที่สนใจมากขึ้น การรักษาแบบ Home Ward เป็นรูปแบบการดูแลที่ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาตามมาตรฐานเดียวกับการดูแลในโรงพยาบาล แต่สามารถพักฟื้นและรับการรักษาที่บ้าน โดยมีทีมสุขภาพให้การติดตามอย่างใกล้ชิดผ่านการเยี่ยมบ้านและเทคโนโลยีสื่อสารที่ทันสมัย[7] แนวทางนี้ช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาล ลดระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired infection) และช่วยให้ผู้ป่วยได้พักฟื้นในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว[8] โดยพบว่าจากการศึกษาของ Saenger และคณะ[9] ที่ได้สำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกการรักษาในโรงพยาบาลหรือการรักษาผ่านบริการ "hospital at home" การศึกษานี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีอาการที่ต้องการการรักษาในโรงพยาบาล และถูกเสนอทางเลือกในการรักษาที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เลือกการรักษาที่บ้านมีความพึงพอใจสูงต่อการรักษาในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย โดยการดูแลที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและมีความสะดวกสบายมากขึ้น[9] อย่างไรก็ตาม แม้การดูแลแบบ Home Ward จะมีข้อดีหลายประการ แต่ยังคงมีประเด็นที่ต้องตระหนักในแง่ของประสิทธิภาพการรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาที่บ้าน นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเกี่ยวกับความพร้อมของระบบสุขภาพ บุคลากร และครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน[10]

โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง และในปัจจุบันเปิดให้บริการรับผู้ป่วยได้สูงสุด 150 เตียง มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ย 594 ราย/วัน จากสถิติในปี พ.ศ.

2564-2567 มีจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบมากที่สุด เป็นอันดับ 1 ในปี 2564 อันดับ 2 ในปี 2565 อันดับ 1 ในปี 2566 และอันดับ 2 ในปี 2567 และสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2565-2566 เป็นอันดับ 2 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[11] และจากสถิติย้อนหลังในปี พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.06 วัน/คน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 10,484 บาท/คน และมีอัตราการ Re-admission จำนวน 42 ครั้ง[11] โรงพยาบาลบ้านไผ่ ได้รับดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั้งแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และเริ่มรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ตั้งแต่ พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ครอบคุลมทั้ง 7 กลุ่มโรค ซึ่งโรคปอดอักเสบเป็นหนึ่งในโรคที่เข้าเกณฑ์ที่สามารถรับการรักษาดูแลแบบ Home ward ได้ โดยมีเกณฑ์คือ เป็นปอดอักเสบชนิดไม่รุนแรง (Non-severe pneumonia) มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีความเสี่ยงที่อาการจะแย่ลง และสามารถให้ยาต้านจุลชีพแบบ IV ATB OD ได้ นอกจากนี้โรงพยาบาลบ้านไผ่ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบ Home ward ให้มีมาตรฐานการดูแลรักษาเทียบเคียงกับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วยการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ และส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในดูแลและติดตามอาการ[10]

แม้การดูแลแบบ Home Ward จะมีแนวโน้มเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ เพราะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และส่งเสริมสภาพแวดล้อมการฟื้นตัวที่ผู้ป่วยคุ้นเคย[7,12] อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบแบบ Home Ward เมื่อเทียบกับการรักษาในโรงพยาบาลยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบเน้นไปที่รูปแบบการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก ในขณะที่งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบ Home Ward ส่วนมากมักเกิดขึ้นในประเทศที่มีระบบสุขภาพและเทคโนโลยีสนับสนุนที่พร้อม เช่น ประเทศในยุโรปหรืออเมริกา แต่ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลทั้งสองรูปแบบยังขาดข้อมูลที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นในด้านระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการกลับเป็นซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษา ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางความรู้ที่มีอยู่ การศึกษาในครั้งนี้จะช่วยสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความคุ้มค่า และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและระบบสุขภาพในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของการเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่าย ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

4. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Review) จากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ที่มีรหัส ICD-10 J12-J18 ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ทั้งแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ รหัส ICD-10 J12-J18 ซึ่งมีอาการและผลการตรวจยืนยันโรคปอดอักเสบในระยะไม่รุนแรง (Non-severe pneumonia) หรือโรคปอดอักเสบที่สามารถรักษาในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ 3) ได้รับการรักษาและยินยอมเลือกวิธีการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล หรือแบบผู้ป่วยในที่บ้านเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง 4) มีสัญญาณชีพคงที่ 5) มีระดับความรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะสับสน และ 6) ยินยอมให้ใช้ข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะโรคร่วมอื่นๆ ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิตเภท และ 4) ได้รับการรักษาทั้งสองรูปแบบทั้งแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power 3.1 กำหนดค่า Effect size (Cohen's d) = 0.5 (ปานกลาง) ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 ค่า Power of test (1-β) = 0.80 ค่า Allocation ratio (N2/N1) = 1 (สำหรับกลุ่มที่มีขนาดเท่ากัน) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กลุ่มละ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย 5 แบบบันทึก ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์การทำงาน มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย และโรคประจำตัว

2. แบบบันทึกระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและระยะเวลาการรักษา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แบบบันทึกนี้จะใช้ในการเก็บข้อมูลระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดอักเสบ โดยจะบันทึกวัน

และเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและวันที่ออกจากโรงพยาบาลอย่างละเอียด ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลด้วยตนเอง

3. แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นแบบบันทึกและประเมินค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน (Home ward) เพื่อใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษาทั้งสองแบบ

4. แบบบันทึกอัตราการ Re-admission ในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ สามารถบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 1 เดือนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์และประสิทธิภาพของการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน (Home ward) โดยบันทึก สาเหตุที่ทำให้ Re-admission ประเภทของการรักษาใน Re-admission สถานะการรักษาเมื่อ Re-admission

5. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษา เป็นแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนในระหว่างและหลังการรักษา ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ การแพ้ยาหรือการดื้อยาปฏิชีวนะ และผลข้างเคียงจากยาปฏิชีวนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์แพทย์ผู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ 1 คน แพทย์ผู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of item– Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.85, 0.86, 0.82, 0.89, และ 0.92 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและใช้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ท่าน โดยผู้วิจัยชี้แจงรูปแบบการวิจัย การใช้แบบบันทึกข้อมูลและเกณฑ์ในการประเมิน จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทดลองใช้แบบบันทึกกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย จนเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ข้อมูลย้อนหลังของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาที่กำหนด

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเข้าแนะนำตัวต่อหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในการวิจัย ภายหลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยข้อมูลของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการ Re-admission และภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล และแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ด้วยสถิติ (Independence t-test)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่

โครงการวิจัย REC 002/2568 วันที่รับรอง 3 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 80 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) จำนวน 40 คน และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล จำนวน 40 คน กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 59.28 ปี (SD=17.776) และมีอายุมากกว่า 70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 32.50 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.50 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 57.50 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 100 และมีโรคประจำตัวเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มากที่สุด ร้อยละ 77.50

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 55.00 มีอายุเฉลี่ย 63.05 ปี (SD=15.625) และมีอายุมากกว่า 70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45.00 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 60.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 57.50 ประกอบอาชีพรับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ในจำนวนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 32.50 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80.00 และมีโรคประจำตัวเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มากที่สุด ร้อยละ 67.50

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระหว่างทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง สถานภาพสมรส และการประกอบอาชีพ ส่วนข้อมูลด้านอื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) คือข้อมูลด้านเพศ และสิทธิในการรักษาพยาบาล

2. เปรียบเทียบข้อมูลของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการ Re-admission และภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) และแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) เฉลี่ยเท่ากับ 5.48 วัน (SD = 2.698) และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล เฉลี่ยเท่ากับ 8.93 วัน (SD = 4.022) ซึ่งจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 6,494.59 บาท (SD = 2939.304) และในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 43,848.96 บาท (SD = 81918.273) ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อัตราการ Re-admission ในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่าย พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการ Re-admission ในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง Re-admission จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 และไม่ Re-admission จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อย

ละ 95.00 ในจำนวน 2 คนที่ Re-admission มีจำนวนวันที่ Re-admit หลังจำหน่าย 1 วัน และ 7 วัน ส่วนสาเหตุที่ทำให้ต้อง Re-admit คือ อาการไม่ดีขึ้นตามที่คาดการณ์ 1 คน และมีภาวะหอบเหนื่อย หายใจลำบาก จำนวน 1 คน การรักษาที่ได้รับทั้งสองคนได้รับยาต้านจุลชีพ (Antibiotic) ร่วมกับการบำบัดด้วยออกซิเจน และสถานการรักษามีอาการดีขึ้นหลังจากการรักษา สำหรับในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลไม่พบอัตราการ Re-admission

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 90.00 และพบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10.00 และในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 82.50 และพบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 17.50 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ Hypokalemia ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือแพ้ยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 27.27

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) มีจำนวนวันในการรักษาเฉลี่ยที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่ม Home ward มีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 5.48 วัน (SD = 2.698) ขณะที่กลุ่มรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8.93 วัน (SD = 4.022) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Home ward ในการลดระยะเวลาการรักษาโดยไม่ลดคุณภาพของการดูแล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษา[8, 12-13] ที่แสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบ Home ward ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และยังคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี เช่น อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำและภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้แตกต่างจากการรักษาในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยกลุ่ม Home ward มีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า อาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและผ่อนคลายมากกว่า ส่งผลให้ร่างกายตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ระบบการติดตามอาการผ่าน telemedicine ทำให้สามารถประเมินอาการและปรับแผนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และการประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ระบบ Home ward ทำให้คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีแนวโน้มจะตอบสนองดีต่อการรักษาแบบไม่ต้องนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ การลดระยะเวลาการรักษายังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และลดความแออัดของเตียงผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก

อีกทั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Levine และคณะ[14] ที่รายงานว่าการดูแลแบบ Home ward ช่วยลดต้นทุนในการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาล เช่น ค่าห้องพัก ค่าบริการทางพยาบาล และค่าใช้จ่ายแฝงอื่น ๆ การลดค่าใช้จ่ายในกลุ่ม Home ward อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาในสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลแบบประจำวันในโรงพยาบาล อีกทั้งการใช้ทรัพยากร เช่น ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยในระบบ Home ward มักมีภาวะที่คงที่และสามารถรับการดูแลด้วยความถี่ที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการดูแลในโรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายรวมลดลงโดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการรักษา จึงอาจกล่าวได้ว่า การดูแลแบบ Home ward เป็นทางเลือกที่คุ้มค่าและมี

ประสิทธิภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ในการบริหารจัดการผู้ป่วยปอดอักเสบในระบบบริการสุขภาพ[14]

สำหรับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Re-admission) ภายใน 1 เดือนหลังจำหน่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) และกลุ่มที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยในกลุ่ม Home ward พบผู้ป่วยกลับเข้ารักษาเพียง 2 รายจากทั้งหมด 40 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางคลินิก ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Levine และคณะ[14] ที่รายงานว่าอัตราการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่ดูแลแบบ Home ward ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล และไม่ส่งผลเสียต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เหตุผลที่สนับสนุนผลลัพธ์ดังกล่าวคือการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมในการรับการดูแลที่บ้าน โดยเลือกผู้ที่มีอาการคงที่ ตอบสนองต่อยาต้านจุลชีพได้ดี และสามารถติดตามอาการได้อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ การที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลร่วมกัน ทั้งแพทย์ พยาบาล และ case manager ทำให้สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงของอาการได้ทันท่วงที ดังนั้นแม้จะมีผู้ป่วยบางรายที่ต้องกลับเข้ารับการรักษา แต่ก็สามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จึงสามารถสรุปได้ว่า การดูแลแบบ Home ward เป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีศักยภาพในการใช้ทดแทนการดูแลในโรงพยาบาลในกรณีของผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีอาการไม่รุนแรง[15]

นอกจากนี้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) และในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่ม Home ward น้อยกว่ากลุ่มโรงพยาบาลเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nogues และคณะ[16] ที่รายงานว่าการดูแลผู้ป่วยในบ้านสามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาล เช่น ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือภาวะพร่องโพแทสเซียม (Hypokalemia) ได้ ในบางกรณี เหตุผลที่สนับสนุนผลลัพธ์นี้ คือ การที่ผู้ป่วยในระบบ Home ward ได้รับการคัดเลือกอย่างเหมาะสม มีอาการคงที่ และสามารถเฝ้าระวังอาการผิดปกติได้อย่างใกล้ชิดผ่านการติดตามจากทีมแพทย์และพยาบาล ทำให้สามารถตอบสนองต่ออาการผิดปกติหรือผลข้างเคียงจากยาได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่บ้านอาจช่วยลดความเครียดและลดความเสี่ยงจากการสัมผัสเชื้อในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การดูแลแบบ Home ward เป็นทางเลือกที่ปลอดภัย มีอัตราภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างจากการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบแบบ Home ward ช่วยลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงของการกลับเข้ารักษาซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นโรงพยาบาลอื่นสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบระบบการดูแล Home ward ที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Miyashita N. Atypical pneumonia: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. Respir Investig. 2022;60(1):56-67. https://doi.org/10.1016/j.resinv.2021.09.009
2. Cillóniz C, Torres A, Niederman MS. Management of pneumonia in critically ill patients. BMJ. 2021;375:e065871. https://doi.org/10.1136/bmj-2021-065871

3. Pick H, Daniel P, Rodrigo C, Bewick T, Ashton D, Lawrence H, et al. Pneumococcal serotype trends, surveillance and risk factors in UK adult pneumonia, 2013-18. Thorax. 2020;75(1):38-49. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2019-213725
4. Eshwara VK, Mukhopadhyay C, Rello J. Community-acquired bacterial pneumonia in adults: An update. Indian J Med Res. 2020;151(4):287-302. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1678_19
5. Pongpirul WA, Wiboonchutikul S, Charoenpong L, Panitantum N, Vachiraphan A, Uttayamakul S, et al. Clinical course and potential predictive factors for pneumonia of adult patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A retrospective observational analysis of 193 confirmed cases in Thailand. PLoS Negl Trop Dis. 2020;14(10):e0008806. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008806
6. Jang SY, Cha Y, Yoo JI, Yu YT, Kim JT, Park CH, et al. Effect of Pneumonia on All-cause Mortality after Elderly Hip Fracture: a Korean Nationwide Cohort Study. J Korean Med Sci. 2020;35(2):e9. https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e9
7. ถมญาณี โชติการณ์, ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;9(4):654-64.
8. ทวีเกียรติ ตั้งวงค์ไชย, สกลสุภา สิงคิบุตร. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลด้ามพร้า จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566;30(2):168-88.
9. Saenger P, Federman AD, DeCherrie LV, Lubetsky S, Catalan E, Leff B, et al. Choosing Inpatient vs Home Treatment: Why Patients Accept or Decline Hospital at Home. J Am Geriatr Soc. 2020;68(7):1579-83. https://doi.org/10.1111/jgs.16486
10. กรมการแพทย์. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content
11. งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์. สถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบปี พ.ศ. 2564-2567 โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. 2567.
12. จีระศักดิ์ กวียานนท์. การประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการ ติดเชื้อโควิด 19 อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(2),33-42.
13. Salarbaks AM, Lindeboom R, Nijmeijer W. Pneumonia in hospitalized elderly hip fracture patients: the effects on length of hospital-stay, in-hospital and thirty-day mortality and a search for potential predictors. Injury. 2020;51(8):1846-50. https://doi.org/10.1016/j.injury.2020.05.017
14. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, Saenz A, Burke K, Paz M, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: A Randomized Controlled Trial. Ann Intern Med. 2020;172(2):77-85. https://doi.org/10.7326/M19-0600
15. de Vent K, Porter JE, Larkins JA. Factors Associated With Length of Stay and Readmission Rates for Older Hospital in the Home Patients: A Systematic Review. J Aging Health. 2025:8982643251329425. https://doi.org/10.1177/08982643251329425
16. Nogués X, Sánchez-Martinez F, Castells X, Díez-Pérez A, Sabaté RA, Petit I, et al. Hospital-at-Home Expands Hospital Capacity During COVID-19 Pandemic. J Am Med Dir Assoc. 2021;22(5):939-42. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.01.077
17. Montalto M, Chu MY, Ratnam I, Spelman T, Thursky K. The treatment of nursing home-acquired pneumonia using a medically intensive Hospital in the Home service. Med J Aust. 2015;203(11):441-2. https://doi.org/10.5694/mja15.00672

การศึกษาข้อมูลวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

The Study of Healthy Local Foods Ingredients base on Thai Traditional Medicine Wisdom: Case Study of Chiang Sean District, Chiang Rai.

(Received: May 30,2025 ; Revised: June 8,2025 ; Accepted: June 10,2025)

ชฎาพร แซ่ม้า[1] สุวศิน พลนรัตน์[2] ดวงนภา แดนบุญจันทร์[1] นวรัตน์ วิริยะเขษม[1] ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์[3]
Chadaporn Saema[1] Suwasin Polnarat[2] Duangnapa Danboonchant [1] Nawarat Viriyakasem[1] Siwapong Tansuwanwong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 2) ศึกษาวัตถุดิบที่เป็นส่วนประกอบ เครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่สามารถนำมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในคลินิกสูงวัยตามองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยทั้งในด้านสรรพคุณทางยา คุณค่าทางโภชนาการ และสารพฤกษเคมี โดยการวิจัยจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่ามีอาหารท้องถิ่นที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่สามารถนำมาเสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในคลินิกสูงวัยในรูปแบบอาหารเป็นยา (กรรมวิธีโภชนเวช) จำนวน 72 เมนู ครอบคลุม 9 โรค/อาการ ได้แก่ 1) อาการเบื่ออาหาร 2) อาการนอนไม่หลับ 3) อาการท้องผูก 4) อาการจุกเสียด 5) โรคริดสีดวงทวารหนัก 6) โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง 7) อาการไอ มีเสมหะ 8) โรคความดันโลหิตสูง 9) โรคเบาหวาน โดยได้คัดเลือกเมนูอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ จำนวน 5 เมนู คือ แกงผักปลัง ยำดอกขี้เหล็ก คั่วฝักเพกาอ่อน แกงมะรุม และส้าปลี เพื่อนำวัตถุดิบหลักที่เป็นพืชผักสมุนไพรไปค้นคว้าข้อมูลสารพฤษเคมีเพื่อช่วยยืนยันผลของสรรพคุณทางยาตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ซึ่งพบว่าสารพฤกษเคมีที่มีอยู่ในวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นมีความสอดคล้องกับสรรพคุณทางยาในทางการแพทย์แผนไทย

คำสำคัญ: วัตถุดิบของอาหารท้องถิ่น, ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย, อาหารเป็นยา

Abstract

This research aimed to: 1) study healthy local food base on Thai traditional medicine wisdom in Chiang Saen District, Chiang Rai province. 2) study the components of local food such as ingredients, seasoning and side dishes which can be used in medical treatment of the patients in elderly clinic based on Thai traditional medicine knowledge. The research keeps focusing on medicinal properties, nutritional value and phytochemicals by studying the related documents, in-depth Interviews, and focus group discussions. The purposive sampling and content analysis method are used in this research. As a result, it is found that 72 local menus are healthy food base on Thai traditional medicine wisdom. These menus can be used for medical treatment of the patients in elderly clinic in term of food as medicine (nutritional therapeutic procedure) of 9 diseases/symptoms including loss of appetite, insomnia, constipation, heartburn, hemorrhoid, atrophic gastritis, productive cough, hypertension and diabetes. Five menus which are Kang Pak Plang, Yum Dorg kee Lek, Kua Phak Pay Ka On, Kang Ma Room and Za Plee were selected and main ingredient

[1] อาจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[2] อาจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย Corresponding author Email: suwasin.pol@crru.ac.th
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

were study their phytochemical substances to confirm with medical properties based on Thai traditional medicine knowledge.

Keywords: Local foods ingredients, Thai medicine wisdom, food as medicine

บทนำ

อาหารท้องถิ่นหรืออาหารพื้นบ้าน เป็นอาหารที่ประชาชนบริโภคอยู่ในชีวิตประจำวันและบริโภคในโอกาสต่าง ๆ โดยอาศัยเครื่องปรุง วัสดุที่นำมาประกอบอาหารจากแหล่งธรรมชาติท่ามกลางนิเวศที่แวดล้อมอยู่อาศัยและจากการผลิตขึ้นมาเอง [1] อาหารท้องถิ่นหลายชนิดเป็นอาหารเพื่อสุขภาพที่มีส่วนผสมของสมุนไพร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อภาวะโภชนาการของมนุษย์ รวมทั้งป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ[2] นอกจากนี้อาหารท้องถิ่นยังแสดงถึงภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่รู้จักนำวัตถุดิบพืชผักใกล้ตัวที่มีอยู่ในท้องถิ่น เกิดขึ้นตามฤดูกาล มาปรุงเป็นอาหารนานาชนิด พืชผักนานาชนิดล้วนมีสรรพคุณเป็นยาสมุนไพร เช่น พริก กระเทียม ขิง ข่า ตำลึง ผักปลัง ขี้เหล็ก หัวปลี สะแล เป็นต้น แสดงให้เห็นถึงภูมิปัญญาในการกินที่ผ่านกาลเวลา สั่งสมสืบทอดมาอย่างยาวนาน อาหารไม่ได้เป็นแค่กินเพื่อหล่อเลี้ยงชีวิต แต่ยังเป็นยาสมุนไพรป้องกันและรักษาโรค[3] คนไทยในสมัยก่อนมักใช้พืช ผัก ผลไม้ ราก เหง้า ต้นไม้ วัตถุดิบที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นมาปรุงเป็นอาหารให้มีรสชาติอร่อย บริโภคแล้วมีสุขภาพแข็งแรง และช่วยป้องกันโรคบางโรคได้ โดยอาหารมีความสดใหม่ ใช้น้ำมันน้อย และใช้เนื้อสัตว์ในการปรุงอาหารไม่มาก ใช้พืชผักพื้นบ้านเป็นหลัก เครื่องปรุงล้วนเป็นพืชผักสมุนไพรในท้องถิ่น[4]

ปัจจุบันวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ และอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพ อาหารไทยจึงได้รับการขนานนามว่าอาหารสุขภาพ[5]เพราะเปี่ยมด้วยคุณค่าทางโภชนาการและสรรพคุณทางยาจากพืชผักสมุนไพร หากสามารถนำความรู้ในเรื่องสมุนไพร สรรพคุณจากพืชสมุนไพรทางอาหารที่มีการบริโภคเป็นพฤติกรรมที่สั่งสมกันมานานจนเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง การเรียนรู้วิธีการนำเอาผักต่างๆ มาประกอบอาหาร ที่ไม่เพียงมีคุณค่าทางสารอาหารเท่านั้น แต่ยังมีคุณค่าเป็นอาหารสมุนไพร ซึ่งมีคุณสมบัติทางยา เช่น อาหารรสเผ็ดร้อน จะช่วยกระตุ้นระบบย่อยอาหาร เป็นต้น[6] การปรุงอาหารให้เป็นยาและการปรุงยาให้อยู่ในรูปแบบอาหารตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ด้วยวัตถุดิบที่นำมาปรุงเป็นอาหารล้วนแต่เป็นพืชผักสมุนไพรที่ให้สรรพคุณทางยาหรืออาจกล่าวได้ว่า “อาหารคือยา” และ“ยาคืออาหาร” ดังนั้นการได้รับประทานอาหารก็เปรียบเสมือนการได้รับประทานยาร่วมด้วย[7] จากการขับเคลื่อนนโยบายอาหารเป็นยาที่มีแผนการดำเนินกิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายอาหารเป็นยาในจังหวัดนำร่อง โดยมีจังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่เป้าหมาย 15 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ ที่สนองตอบต่อนโยบายของรัฐถือเป็นกำลังในการเสริมสร้างความรู้และการตระหนักถึงการบริโภคอาหารเป็นยาให้กับประชาชน[8] ซึ่งจังหวัดเชียงรายถือเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางทรัพยากรโดยเฉพาะอำเภอเชียงแสนมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการบริโภคที่เกิดจากพื้นที่ทางสังคมวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ในการได้มาซึ่งวัตถุดิบสำหรับปรุงอาหาร จนเกิดเป็นความหลากหลายของอาหารที่บริโภคในพื้นที่ สอดรับกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีความหลากหลายในการใช้พืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาในการรักษาโรคทั้งการปรุงเป็นตำรับยา และการปรุงอาหารที่มีสรรพคุณทางยาจากวัตถุดิบสมุนไพร ถือเป็นอีกหนึ่งกรรมวิธีสำหรับสุขภาพและการรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย

สถานการณ์ในปัจจุบันผู้สูงอายุกำลังกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในสังคมไทย และเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง[9] วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในฐานะเป็นสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตให้

มีศักยภาพในการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะโรคในกลุ่มผู้สูงวัยหรือกลุ่มโรคเรื้อรัง จึงได้พัฒนารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทยที่ให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ[10] เน้น 5 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคกระดูกและข้อ กลุ่มโรคเลือดลม กลุ่มโรคทางเดินอาหาร กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคผิวหนัง โดยมีกระบวนการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทยครอบคลุม 4 กรรมวิธี ได้แก่ กรรมวิธีเภสัชเวช (การรักษาด้วยยา) กรรมวิธีหัตถเวช (การรักษาด้วยมือ) กรรมวิธีโภชนเวช (การรักษาด้วยอาหารเป็นยา) และกรรมวิธีจิตเวช (การรักษาด้านจิตใจ) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าอาหารเป็นหนึ่งในกรรมวิธีการรักษาโรคของแพทย์แผนไทยในลักษณะอาหารเป็นยา ดังนั้นเพื่อให้สามารถนำอาหารท้องถิ่นที่มีส่วนประกอบของพืชผักสมุนไพรมาส่งเสริมการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในแง่ที่มีสรรพคุณทางยา ที่สอดคล้องกับองค์ความรู้ทางด้านคุณค่าทางโภชนาการ ข้อมูลสารพฤกษเคมีของวัตถุดิบที่สำคัญในอาหารท้องถิ่นเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนและอ้างอิงในการใช้อาหารท้องถิ่นสำหรับการดูแลสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาข้อมูลวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อให้สามารถนำอาหารท้องถิ่นที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคที่แพทย์แผนไทยรักษา โดยจะใช้พื้นที่ในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายเป็นกรณีศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาวัตถุดิบที่เป็นส่วนประกอบ เครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่สามารถนำมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในคลินิกสูงวัยตามองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยทั้งในด้านสรรพคุณทางยา คุณค่าทางโภชนาการ และสารพฤกษเคมี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวิธีดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาอาหารท้องถิ่นในเขตภาคเหนือตอนบน จากเอกสารหรือฐานข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และจัดทำฐานข้อมูลอาหารท้องถิ่นเพื่อใช้เป็นแบบเก็บข้อมูลอาหารท้องถิ่นในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 2 ลงพื้นที่สำรวจอาหารท้องถิ่นในตลาดประเภทที่ 1 (ตลาดที่มีโครงสร้างอาคารและดำเนินกิจการเป็นการประจำหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และสัมภาษณ์ตัวแทนในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 12 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ 1) ผู้ค้าอาหารท้องถิ่นในตลาดประเภทที่ 1 จำนวน 6 คน จากประชากรทั้งหมด 8 คน 2) ผู้นำชุมชน 6 ตำบลในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 6 คน จากประชากรทั้งหมด 13 คน สัมภาษณ์เกี่ยวกับอาหารท้องถิ่นที่ยังมีการรับประทานในครัวเรือนหรือมีจำหน่ายในตลาด โดยระบุชื่ออาหาร วัตถุดิบที่เป็นส่วนประกอบ เครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นแต่ละเมนู

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลวัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นที่มีพืชผักสมุนไพรเป็นส่วนประกอบ ในพื้นที่อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย และทำการวิเคราะห์สรรพคุณทางยาของพืชผักสมุนไพรแต่ละชนิดในอาหารท้องถิ่น และสรุปข้อมูลสรรพคุณทางยาและคุณค่าทางโภชนาการในภาพรวมของอาหารท้องถิ่นแต่ละเมนู

ขั้นตอนที่ 4 ทำการประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรและดูแลการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทย จำนวน 20 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อพิจารณาข้อมูลสรรพคุณทางยาของอาหารท้องถิ่นแต่ละเมนู

และคัดเลือกอาหารท้องถิ่นที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่สามารถนำมาเสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุที่แพทย์แผนไทยรักษาในคลินิกสูงวัยด้วยกรรมวิธีโภชนเวช โดยมีเกณฑ์พิจารณา 3 ข้อ คือ 1) วัตถุดิบในอาหารท้องถิ่นที่เป็นพืชผักสมุนไพรมีสรรพคุณทางยาที่สัมพันธ์กับโรค/อาการที่แพทย์แผนไทยดูแลรักษาในคลินิกสูงวัย 2) วัตถุดิบของอาหารท้องถิ่นต้องไม่เป็นอาหารแสลงต่อโรค/อาการของผู้สูงอายุตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 3) ข้อห้ามหรือข้อควรระวังของแต่ละโรค/อาการ

ขั้นตอนที่ 5 คัดเลือกตัวอย่างเมนูอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพที่มีสรรพคุณทางยาตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแบบเจาะจงเลือกจำนวน 5 เมนู เพื่อนำวัตถุดิบหลักที่เป็นพืชผักสมุนไพรของอาหารท้องถิ่นไปค้นคว้าข้อมูลทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อช่วยยืนยันผลของสรรพคุณทางยาตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการศึกษาข้อมูลอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพภายใต้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีข้อมูลด้านสรรพคุณทางยา ข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการ และข้อมูลสารพฤกษเคมี ที่สามารถอธิบายเชื่อมโยงกับโรค/อาการที่แพทย์แผนไทยรักษาในคลินิกสูงวัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากตัวแทนผู้ค้าอาหารท้องถิ่นในตลาดที่มีโครงสร้างอาคารและดำเนินกิจการ เป็นการประจำหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ตลาดประเภทที่ 1) และผู้นำชุมชน 6 ตำบลในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

2. แบบเก็บข้อมูลอาหารท้องถิ่น

3. แบบบันทึกการประชุมสนทนากลุ่มเพื่อคัดเลือกเมนูอาหารท้องถิ่นที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีโอกาสนำมาเสริมการดูแลรักษาโรคที่แพทย์แผนไทยรักษาในคลินิกสูงวัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยวิชาชีพ และอาจารย์ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Object Congruence: IOC) ผลทดสอบคำถามแต่ละข้อได้ค่า IOC อยู่ที่ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาทั้งเนื้อหาที่ได้จากเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการวิเคราะห์ข้อมูลของอาหารท้องถิ่นที่มีพืชผักสมุนไพรเป็นส่วนประกอบจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญและการประชุมสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์วัตถุดิบที่เป็นพืชผักสมุนไพรของอาหารท้องถิ่นในด้านสรรพคุณทางยาและคัดเลือกเมนูอาหารท้องถิ่นที่สามารถประยุกต์ใช้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่สามารถเสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในคลินิกสูงวัยด้วยกรรมวิธีโภชนเวช โดยเริ่มจากการแจกแจงข้อมูลที่มีประเด็นแตกต่างกัน รวมกลุ่มประเด็นที่คล้ายคลึงกัน จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูล อธิบายและตีความข้อมูลสังเคราะห์ข้อค้นพบ พร้อมทั้งสรุปข้อค้นพบและนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา

จริยธรรมในการวิจัย

ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย วันที่ 27 มีนาคม 2567 ตามเอกสารรับรองเลขที่ COE.001/2567

ผลการศึกษา

1. อาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ผลการวิจัยพบว่า อาหารท้องถิ่นในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย มีจำนวนทั้งสิ้น 160

เมนู โดยแบ่งตามวิธีการปรุงอาหาร ได้ทั้งหมด 7 ประเภท ได้แก่ 1) อาหารท้องถิ่นประเภทแกงและจอ จำนวน 39 เมนู 2) อาหารท้องถิ่นประเภทลาบและหลู้ จำนวน 6 เมนู 3) อาหารท้องถิ่นประเภทตำ ยำ และส้า จำนวน 38 เมนู 4) อาหารท้องถิ่นประเภทแอ็บ หลาม ย่าง นึ่ง มอบ อ๊อก และฮุ่ม/อุ๊ก จำนวน 18 เมนู 5) อาหารท้องถิ่นประเภทเจียว ผัด ทอด และคั่ว จำนวน 17 เมนู 6) อาหารท้องถิ่นประเภทน้ำพริก จำนวน 36 เมนู 7) อาหารท้องถิ่นประเภทจานเดียว จำนวน 6 เมนู จากข้อมูลอาหารท้องถิ่นที่พบในพื้นที่อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์วัตถุดิบที่เป็นพืชผักสมุนไพรที่นำมาใช้เป็นส่วนประกอบในแต่ละเมนูอาหาร พบว่ามีพืชผักสมุนไพร จำนวน 144 ชนิด ได้แก่ กระเทียม กระเจี๊ยบมอญ กระถิน กระท้อน กระวาน กะเพรา กะหล่ำปลี กานพลู กุยช่าย เนื้อขนุนอ่อน ขมิ้นชัน ข่า ขางครั่ง ขิง ขี้เหล็กบ้าน แค แครอท ชะอม ช้าพลู ดอกงิ้ว ดอกอาว ดีปลี ต้นหอม ตะไคร้ ตำลึง ตูน เตาแตงกวา แตงโม ถั่วเขียวงอก ถั่วปี ถั่วแปบ ถั่วฝักยาว ถั่วพู ถั่วมะแฮะ ทองหลาง เทียน ข้าวเปลือก น้ำเต้า เนียมหูเสือ บวบ บอน ปลีกล้วย เปราะหอม โป๊ยกั๊ก ผักกาดเขียว ผักกุ่ม ผักกูด ผักขวง ผักขี้หูด ผักโขม ผักคราดหัวแหวน ผักคันทรง ผักจ้ำ ผักจิก ผักจุ่มป่า ผักชี ผักชีฝรั่ง ผักชีล้อม ผักชีลาว ผักเชียงดา ผักดีด ผักตบ ผักติ้ว ผักบั้ง ผักบุ้ง ผักปลัง ผักปู่ย่า ผักแปม ผักไผ่ ผักแว่น ผักสลิด ผักสีเสียด ผักเสี้ยว ผักหนอก ผักหนาม ผักหวานบ้าน ผักหวานป่า ผักฮ้วนหมู ผักฮี้น ผักเฮือด ผำ พริกขี้หนู พริกชี้ฟ้า พริกไทย พริกหนุ่ม พลูคาว เพกา เพี้ยฟาน ฟักเขียว ฟักทอง ฟักแม้ว มะกรูด มะกอกน้ำ มะกอกป่า มะขาม มะเขือแจ้ มะเขือเทศ มะเขือเปราะ มะเขือพวง มะเขือยาว มะแขว่น มะเดื่อเกลี้ยง มะนาว ยอดมะพร้าวอ่อน มะเฟือง มะม่วง มะเม่า มะยม มะระขี้นก มะรุม มะละกอ มะแว้ง มะส้าน มะแหลบ มะอึก มันเทศ เมี่ยง แมงลัก ยอบ้าน ย่านาง ยี่หร่า ลูกจันทน์ เล็บครุฑ ส้มป่อย ส้มออบแอบ ส้มโอ สะค้าน สะเดา สะระแหน่ สะแล สับปะรด หน่อไม้หยวกกล้วย หอมแดง หอมหัวใหญ่ เห็ดตับเต่า เห็ดเผาะ เห็ดฟาง เห็ดลม เห็ดหล่ม เห็ดหูหนู โหระพา และอบเชยเทศ โดยพืชผักสมุนไพรเหล่านี้ล้วนมีสรรพคุณทางยาในทางการแพทย์แผนไทยทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันโรค

จากความหลากหลายของพืชผักสมุนไพรที่ใช้เป็นวัตถุดิบประกอบการปรุงอาหารท้องถิ่น เมื่อวิเคราะห์สรรพคุณทางยาทางการแพทย์แผนไทยในอาหารท้องถิ่นแต่ละเมนู พบว่ามีอาหารท้องถิ่นที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสำหรับใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในคลินิกสูงวัย รูปแบบอาหารเป็นยา (กรรมวิธีโภชนเวช) จำนวน 72 เมนู ครอบคลุม 9 โรค/อาการ โดยอาหารท้องถิ่นบางเมนูสามารถเสริมการรักษาได้มากกว่า 1 โรค/อาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) อาการเบื่ออาหาร อาหารท้องถิ่นที่เหมาะสำหรับเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร มี 38 เมนู ได้แก่ แกงดอกสะแล แกงผักแว่น ขนมจีนน้ำเงี้ยว ขนมจีนน้ำแจ่ว คั่วแคกบ คั่วบ่าเขือบ่าถั่ว คั่วฝักเพกาอ่อน ตำมะเขือพวง ตำมะละกอ ตำส้มโอ น้ำพริกกบ น้ำพริกกระเทียม น้ำพริกกุ้งฝอย น้ำพริกขิง น้ำพริกไข่ต้ม น้ำพริกแคบหมู น้ำพริกตาแดง น้ำพริกเต้าเจี้ยวใส่มะเขือปู่ น้ำพริกน้ำผัก น้ำพริกปลา น้ำพริกมะขามสด น้ำพริกมะเขือพวง น้ำพริกมะเขือส้ม น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกเห็ดหล่ม น้ำพริกอ่อง น้ำพริกอีเก๋ น้ำพริกฮ้า ยำจิ้นไก่ ยำปลาจ่อม ยำผักเฮือด ลาบปลา ส้ายอดมะม่วง ห่อนึ่งไก่ อ๊อกกุ้ง อ๊อกปลา แอ็บกุ้ง แอ็บปลา โดยอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรเป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณช่วยในการเจริญอาหาร เช่น ขิง ต้นหอม ตะไคร้ ผักขี้หูด ผักไผ่ ผักแว่น ผักเฮือด ฝักเพกา พริกขี้หนู พริกชี้ฟ้า พริกหนุ่ม มะเขือพวง มะระขี้นก ส้มโอ โหระพา เป็นต้น

2) อาการนอนไม่หลับ อาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณแก้อาการนอนไม่หลับ มี 2 เมนู ได้แก่ แกงผักขี้เหล็ก ยำดอกขี้เหล็ก โดยอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรเป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณในการช่วยให้นอนหลับ คือ ดอก ใบ และยอดอ่อนของขี้เหล็กบ้าน

3) อาการท้องผูก อาหารท้องถิ่นที่เหมาะสำหรับเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก มี 21 เมนู ได้แก่ แกงแค แกงดอกสะแล แกงตูน แกงผักขี้เหล็ก แกงผักปลัง แกงผักเฮือด ขนมจีนน้ำเงี้ยว คั่วแคกบ จอผักกาด จอผักกูด จอผักปลัง เจียวผักปลัง ตำกระท้อน ตำมะม่วง ตำส้มโอ น้ำพริกมะเขือส้ม น้ำพริกอ่อง ยำดอกขี้เหล็ก ยำผักเฮือด ส้าผัก หลามบอน โดยอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรเป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณในการช่วยระบาย แก้ท้องผูก ชำระเมือกมันในลำไส้ คือ กระท้อน ขี้เหล็ก บอน ผักกูด ผักปลัง ผักเฮือด มะขามเปียก มะเขือเทศ มะม่วง ยอดส้มป่อย ลูกมะส้าน ส้มโอ สะแล

4) อาการจุกเสียด อาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณในการแก้อาการจุกเสียด มี 13 เมนู ได้แก่ น้ำพริกกบ น้ำพริกข่า น้ำพริกมะแขว่น น้ำพริกมะแขว่นปลาย่าง ยำปลา ยำผักเฮือด หลามปลา ห่อนึ่งไก่ ห่อนึ่งปลา อ๊อกปลา อุ๊กไก่ แอ็บกุ้ง แอ็บปลา โดยอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรเป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณในการแก้อาการจุกเสียด ขับลม คือ ขมิ้นชัน ข่า ขิง ตะไคร้ ใบมะกรูด โหระพา ผักชีฝรั่ง พริกชี้ฟ้า พริกหนุ่ม หอมแดง

5) โรคริดสีดวงทวารหนัก อาหารท้องถิ่นที่เหมาะสำหรับเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก โดยเป็นอาหารที่เน้นช่วยในด้านการขับถ่ายอุจจาระ ลดภาวะท้องผูก ขับลม และส่วนประกอบของอาหาร ไม่แสลงกับโรคริดสีดวงทวารหนัก มี 4 เมนู ได้แก่ แกงดอกสะแล แกงผักปลัง แกงตูน จอผักกาด ซึ่งอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรเป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณในการระบายอุจจาระ คือ ดอกสะแล ผักปลัง ตูน ผักกาด มะขามเปียก

6) โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง อาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณในการดูแลรักษาโรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง มี 4 เมนู ได้แก่ แกงขนุน แกงปลี แกงหยวกกล้วย ส้าปลี โดยอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรเป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณในการสมานแผลในกระเพาะอาหาร คือ เนื้อขนุนอ่อน หัวปลี หยวกกล้วย

7) อาการไอ มีเสมหะ อาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณแก้อาการไอ ขับเสมหะ มี 3 เมนู ได้แก่ แกงผักเสี้ยว ส้ามะเขือแจ้ ส้ายอดมะขาม โดยอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรที่เป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณในการแก้อาการไอ ขับเสมหะ แก้น้ำลายเหนียว คือ ผักเสี้ยว มะเขือแจ้ ยอดมะขาม

8) โรคความดันโลหิตสูง อาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณช่วยลดความดันโลหิตสูง มี 5 เมนู ได้แก่ แกงผักเชียงดา แกงมะรุม แกงน้ำเต้าอ่อน ยำเห็ดฟาง และส้ามะเขือเปราะ โดยอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรที่เป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณในการลดความดันโลหิตสูง คือ ผักเชียงดา มะรุม น้ำเต้า เห็ดฟาง มะเขือเปราะ

9) โรคเบาหวาน อาหารท้องถิ่นที่มีสรรพคุณช่วยลดอาการโรคเบาหวาน มี 6 เมนู ได้แก่ แกงผักเชียงดา แกงน้ำเต้าอ่อน แกงผักขี้เสียด แกงเห็ดลม ส้ามะเขือเปราะ และส้าปลี โดยอาหารท้องถิ่นดังกล่าวมีพืชผักสมุนไพรที่เป็นวัตถุดิบส่วนประกอบที่มีสรรพคุณในการลดอาการของโรคเบาหวาน คือ ผักเชียงดา น้ำเต้า ผักขี้เสียด เห็ดลม มะเขือเปราะ

2. ข้อมูลวัตถุดิบที่เป็นส่วนประกอบเครื่องปรุง และเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่สามารถนำมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในคลินิกสูงวัยตามองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยทั้งในด้านสรรพคุณทางยา คุณค่าทางโภชนาการ และสารพฤกษเคมี

เมนูอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่สามารถนำมาเสริมการดูแลรักษาโรค/อาการที่แพทย์แผนไทยรักษาในคลินิกสูงวัย จำนวน 72 เมนู ที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสรรพคุณทางยาในทางการแพทย์แผนไทย และคุณค่าทางโภชนาการแล้วนั้น เพื่อให้มีข้อมูลด้านสารพฤกษเคมีที่จะช่วยสนับสนุนสรรพคุณทางยาตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย จึงได้ทำการคัดเลือกตัวอย่างเมนูอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ จำนวน 5 เมนู ได้แก่ แกงผักปลัง ยำดอกขี้เหล็ก คั่วฝักเพกาอ่อน แกงมะรุม และส้าปลี โดยศึกษาวัตถุดิบที่เป็นพืชผักสมุนไพรที่ใช้ประกอบอาหารพบว่ามีพืชผักสมุนไพร จำนวน 14 ชนิด ได้แก่ กระเทียม ข่า ข้าพลู ชะอม ขี้เหล็ก ตะไคร้ ผักปลัง พริกขี้หนู พริกชี้ฟ้า เพกา มะเขือเทศ มะรุม หอมแดง และหัวปลี เพื่อนำวัตถุดิบที่เป็นพืชผักสมุนไพรของอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพแต่ละเมนูไปค้นคว้าเปรียบเทียบกลุ่มสารพฤกษเคมีจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถอธิบายข้อมูลสนับสนุนการนำอาหารท้องถิ่นมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรค/อาการ ดังนี้คือ

1) แกงผักปลัง มีวัตถุดิบหลักที่เป็นพืชผักสมุนไพรคือ ผักปลังและมะเขือเทศ มีสรรพคุณช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ แก้ท้องผูก พรรดึก และมีวัตถุดิบที่ใช้เป็นเครื่องปรุงคือ พริกชี้ฟ้าแห้ง กระเทียม หอมแดง เป็นสมุนไพรที่มีรสร้อน ช่วยในการขับลม แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย และข้อมูลด้านคุณค่าทางโภชนาการ “ผักปลัง” เป็นแหล่งของใยอาหารช่วยในการกระตุ้นการขับถ่าย ประกอบกับข้อมูลทางสารพฤกษเคมีพบว่าผักปลังเป็นผักที่มีเมือกสูง เนื่องจากมีสารเมือกมิวซิเลจ (Mucilage) ซึ่งเป็นโพลีแซคคาไรด์ที่ละลายน้ำ[11] มีคุณสมบัติดูดความชื้นได้สูง สามารถพองตัวได้ดี[12] จึงคาดว่าเป็นตัวที่ช่วยอุ้มน้ำ ทำให้อุจจาระไม่แห้งแข็ง สามารถช่วยการขับถ่ายได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า “แกงผักปลัง” เป็นเมนูอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพที่เหมาะสำหรับใช้เสริมการดูแลรักษาอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ

2) ยำดอกขี้เหล็ก มีวัตถุดิบหลักที่เป็นพืชผักสมุนไพรคือ ดอกขี้เหล็ก มีสรรพคุณ แก้อาการนอนไม่หลับ เป็นยาระบายอ่อนๆ และมีวัตถุดิบสมุนไพรที่เป็นเครื่องปรุง คือ พริกขี้หนูแห้ง หอมแดง กระเทียม ที่มีรสเผ็ดร้อนช่วยในการขับลมในลำไส้ และข้อมูลด้านคุณค่าทางโภชนาการของเมนูยำดอกขี้เหล็ก พบว่าเป็นแหล่งของใยอาหารช่วยในการกระตุ้นการขับถ่าย ข้อมูลทางสารพฤกษเคมีพบว่าดอกขี้เหล็กมีสารพฤกษเคมีกลุ่มแอน ทราควิโนน (Anthraquinone) ซึ่งเป็นสารกลุ่มที่ออกฤทธิ์เร่งการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ จึงสามารถออกฤทธิ์เป็นยาระบายได้ นอกจากนี้มีรายงานวิจัยศึกษาว่าในดอกขี้เหล็กมีสารพฤกษเคมีที่สำคัญอีกชนิด คือ บาราคอล (Barakol) ซึ่งแสดงผลการลดอาการกระวนกระวายในสัตว์ทดลอง และออกฤทธิ์ช่วยแก้อาการในผู้ป่วยนอนไม่หลับให้หลับได้เร็วขึ้นและลดการตื่นกลางดึก[13,14]ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า “ยำดอกขี้เหล็ก” เป็นเมนูอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพที่เหมาะสำหรับใช้เสริมการดูแลรักษาอาการนอนไม่หลับ และอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ

3) คั่วฝักเพกาอ่อน มีวัตถุดิบหลักที่เป็นพืชผักสมุนไพรคือ ฝักเพกา รสขมร้อน มีสรรพคุณแก้ร้อนใน กระหายน้ำ ขับผายลม ช่วยในการเจริญอาหารเนื่องจากมีรสขม และมีวัตถุดิบสมุนไพรที่เป็นเครื่องปรุง คือ กระเทียม พริกขี้หนูสด หอมแดง ที่มีรสเผ็ดร้อนช่วยในการขับลม และกระตุ้นการเจริญอาหาร และเมื่อพิจารณาข้อมูลทางสารพฤกษเคมีพบว่าเพกามีสารสำคัญในกลุ่มฟลาโวน เช่น ไบคาลิน (Baicain) ไบคาเลอิน (Baicaein) เป็นต้น ซึ่งออกฤทธิ์เกี่ยวข้องกับการต้านเชื้อไวรัส การต้านอนุมูลอิระและการต้านอักเสบ[15] ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า “คั่วฝักเพกาอ่อน” เป็นอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพที่เหมาะสำหรับใช้เสริมการดูแลรักษาอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุ

4) แกงมะรุม มีวัตถุดิบหลักที่เป็นพืชผักสมุนไพรคือ ฝักมะรุม มีสรรพคุณ ดับพิษร้อน ถอนพิษไข้ แก้ปัสสาวะพิการ ขับลมในลำไส้ แก้ลม

บำรุงไฟธาตุ ลดความดันโลหิตสูง และมีวัตถุดิบสมุนไพรที่เป็นเครื่องปรุง คือ พริกขี้หนูแห้ง หอมแดง กระเทียม ข่า ตะไคร้ ที่มีรสเผ็ดร้อนช่วยในการขับลม และข้อมูลด้านคุณค่าทางโภชนาการแกงมะรุมเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำ ประกอบกับข้อมูลทางสารพฤกษเคมีพบว่ามะรุมมีสารพฤกษเคมีสำคัญหลายตัว เช่น มอรินจิน (Moringine) มอรินจินิน (Moringinine) ควอเซติน (Quercetin) แคมเฟอ รอล (Kaempherol) เป็นต้น โดยรายงานศึกษาวิจัยของสารสกัดมะรุมจะแสดงฤทธิ์เกี่ยวกับการสลายไขมันและการลดความดันเลือด[16] ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า “แกงมะรุม” เป็นอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพที่เหมาะสำหรับใช้เสริมการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

5) ส้าปลี มีวัตถุดิบหลักที่เป็นพืชผักสมุนไพร คือ หัวปลี มีสรรพคุณ ลดระดับน้ำตาล ในเลือด สมานแผลในกระเพาะอาหาร และข้อมูลด้านคุณค่าทางโภชนาการพบว่า ส้าปลี เป็นแหล่งของใยอาหาร สามารถช่วยชะลอการดูดซึมของน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือด ประกอบกับข้อมูลทางสารพฤกษเคมีพบว่าหัวปลีมีสารพฤกษเคมีกลุ่มฟลาโวนอยด์ปริมาณมาก โดยมีงานศึกษาวิจัยพบว่าสารฟลาโวนอยด์หลายชนิด เช่น ควอเซติน (Quercetin) โมราชาร์โคน (Morachalcone) แคมเฟอรอล (Kaempferol) เป็นต้น ทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์แอลฟา-กลูโคซิเดส (α-glucosidase) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการย่อยสลายอาหารคาร์โบไฮเดรตให้กลายเป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวก่อนจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด[17,18]ดังนั้นจึงสามารถช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลกลูโคสสู่กระแสเลือดได้ จึงสรุปได้ว่า “ส้าปลี” เป็นอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพที่เหมาะสำหรับใช้เสริมการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

สรุปและอภิปรายผล

อาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย มีจำนวน 72 เมนู ที่เหมาะสำหรับนำไปเสริมการดูแลรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในคลินิกสูงวัยด้วยการใช้อาหารเป็นยาหรือการรับประทานยาในรูปแบบอาหาร ครอบคลุม 9 โรค/อาการ ยกตัวอย่างเช่น แกงผักขี้เหล็ก แกงแค แกงผักปลัง แกงผักเฮือด แกงดอกสะแล จอผักกูด น้ำพริกอ่อง น้ำพริกมะเขือส้ม น้ำพริกปลา ห่อนึ่งปลา เป็นต้น เหมาะสำหรับเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะต่างๆ อาทิ ท้องผูก จุกเสียด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทัศน์ สีทน[19] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีกิจกรรมเมนูชูสุขภาพเป็นหนึ่งใน 5 กิจกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากในด้านเมนูอาหารท้องถิ่นกลุ่มน้ำพริก สอดคล้องกับข้อมูลเมนูชูสุขภาพของกองโภชนาการที่กล่าวว่าเมนูอาหารกลุ่มน้ำพริก มักรับประทานผักควบคู่ไปด้วยทำให้มีเส้นใยอาหารสูง ให้พลังงานต่ำ และพืชผักสมุนไพรในน้ำพริกช่วยแก้ท้องอืดท้องเฟ้อได้ รวมทั้งน้ำพริกช่วยทำให้อาหารมีรสชาติ ช่วยให้กินข้าวได้มาก หรือแกงขี้เหล็ก แกงแค เป็นเมนูที่มีเส้นใยอาหารสูง เป็นยาระบายอ่อนๆ แก้ท้องผูกได้[20] และอาหารท้องถิ่นข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับเมนูสุขภาพผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมืองที่พบว่าแกงผักเฮือด ยำผักเฮือด น้ำพริกอ่อง น้ำพริกหนุ่มมะเขือเทศ ห่อนึ่งปลา เจียวผักปลังจิ้นส้ม เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ[21] สอดคล้องกับการศึกษาของ ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ[22] ได้ศึกษาตำรับอาหารพื้นบ้านพะเยา พบตำรับอาหารพื้นบ้านพะเยาจำนวน 85 เมนู วัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหารได้จากธรรมชาติ พืชผักตามฤดูกาล รวมทั้งวัตถุดิบจากป่า ในด้านคุณค่าทางโภชนาการมีเมนูอาหาร ยำผักหนอก แกงผักกาดจอ น้ำพริก ผักส้ม หลามบอน ตำเตา ยำหัวอีหยอ ไก และแอ่งแถะ มีฤทธิ์ในการ

ต้านอนุมูลอิสระสูง ทั้งนี้ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยมีการใช้อาหารเป็นยาผ่านวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของคนไทย โดยการรับประทานอาหารพื้นบ้านเป็นทั้งอาหารเพื่อประทังชีวิต ยารักษาโรคและสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งแบบแผนการบริโภคอาหารพื้นบ้านของคนไทยยังสัมพันธ์กับฤดูกาลตามธรรมชาติซึ่งเป็นการสร้างความสมดุลของร่างกายมนุษย์กับธรรมชาติ[23] อาหารท้องถิ่นเหล่านี้เป็นอาหารที่ใช้วัตถุดิบพืชผักสมุนไพรที่สามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่นหรือมีตามฤดูกาลและมีการนำมาปรุงเป็นอาหารเพื่อรับประทานในท้องถิ่น ทำให้มีโอกาสในการส่งเสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นผ่านอาหารในรูปของอาหารเป็นยา สอดคล้องกับการศึกษาของพระอธิการสฤษธิ์ มหายโส (ฉัตรทอง) [24] ได้ศึกษาการสร้างความยั่งยืนทางอาหารท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี ได้สรุปว่าคุณค่าและคุณประโยชน์ของอาหารท้องถิ่น สามารถจำแนกได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ คุณค่าและคุณประโยชน์ด้านโภชนาการ ซึ่งมีการใช้พืชผักสด สมุนไพร และเนื้อสัตว์ มาเป็นส่วนประกอบการทำอาหาร เป็นการแสดงให้เห็นว่ามีสารอาหารครบถ้วนอยู่ในตัว ขณะที่คุณค่าและคุณประโยชน์ด้านยารักษาโรคนั้น พบว่า อาหารท้องถิ่นส่วนใหญ่มีส่วนประกอบของเครื่องเทศต่างๆ เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ขมิ้น เป็นต้น ซึ่งคุณสมบัติของสมุนไพรไทยเหล่านั้นมีมากมายเกี่ยวกับการขับลม การขับถ่าย การบรรเทาอาการไข้ เป็นต้น ประการสุดท้ายเป็นคุณค่าและคุณประโยชน์ด้านปัญญาและวัฒนธรรม ทั้งนี้เพราะทุกสิ่งทุกอย่างล้วนเป็นการสั่งสมความรู้ที่มีประวัติศาสตร์ยาวนานมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ข้อมูลวัตถุดิบที่เป็นส่วนประกอบ เครื่องปรุงและเครื่องเคียงของอาหารท้องถิ่นที่สามารถนำมาใช้เสริมการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุในคลินิกสูงวัยตามองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ทั้งในด้านสรรพคุณทางยา คุณค่าทางโภชนาการและสารพฤกษเคมี จากตัวอย่างเมนูอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ จำนวน 5 เมนู ได้แก่ แกงผักปลัง ยำดอกขี้เหล็ก คั่วฝักเพกาอ่อน แกงมะรุม และส้าปลี พบว่ามีวัตถุดิบที่เป็นพืชผักสมุนไพรที่ใช้ประกอบอาหาร จำนวน 14 ชนิด ได้แก่ กระเทียม ข่า ช้าพลู ชะอม ขี้เหล็ก ตะไคร้ ผักปลัง พริกขี้หนู พริกชี้ฟ้า เพกา มะเขือเทศ มะรุม หอมแดง และหัวปลี เมื่อศึกษาข้อมูลสารพฤกษเคมีของพืชผักสมุนไพรเหล่านี้พบว่าสามารถอธิบายความสอดคล้องระหว่างสรรพคุณทางยาในทางการแพทย์แผนไทยและข้อมูลทางโภชนาการ แสดงให้เห็นว่ามีโอกาสส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นผ่านอาหารเป็นยาจากอาหารท้องถิ่นที่มีพืชผักสมุนไพรเป็นวัตถุดิบส่วนประกอบ สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา ชาญวิกรัยและไมตรี สุทธจิตต์[25] ที่สรุปว่าพืชสมุนไพรถูกใช้ทดแทนเครื่องปรุงรส เช่น เกลือโซเดียม น้ำตาล น้ำมัน ในการประกอบอาหารประเภทต่างๆ เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพืชสมุนไพรมีสารฟินอลิก ที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระสูง มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ฤทธิ์ต้านการก่อกลายพันธุ์ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาหารพื้นบ้านไทยนิยมใช้พืชสมุนไพรและเครื่องเทศมากกว่าหนึ่งชนิด และวิธีการประกอบอาหารหลากหลายอาจทำให้เกิดการเพิ่มฤทธิ์ การต้านฤทธิ์ และ/หรือการเสริมฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ อาจขึ้นกับชนิดของพืชและ/หรือวิธีการประกอบอาหาร นับว่าอาหารพื้นบ้านไทยดั้งเดิมมีประโยชน์ต่อสุขภาพหลายด้าน รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และคณะ[26]ที่ศึกษาอาหารพื้นบ้านภาคใต้วิถีดำรงชีวิตพิชิตสุขภาพดี พบว่าการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและสรรพคุณทางยาจากพืชผักและสมุนไพร ด้วยการนำมาปรุงเป็นอาหารของภาคใต้ส่งผลต่อการได้รับคุณค่าทางสารอาหารทั้ง 5 หมู่ โดยวัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหารส่วนใหญ่ได้มาจากแหล่งธรรมชาติ และการผลิตขึ้นเอง ซึ่งเครื่องปรุงจะประกอบด้วยผักและสมุนไพรที่ช่วยเสริมภูมิต้านทานและป้องกันโรค อาหารที่ช่วยลมเสมหะ อาหารที่ช่วยขับลมแก้ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ส่งผลต่อการปรับสมดุลของร่างกายให้เป็นปกติ ทั้งนี้จากผลการศึกษาเห็นถึงความหลากหลายของวัตถุดิบที่เป็นพืชผักสมุนไพรในอาหารท้องถิ่นที่มีมากถึง 144 ชนิด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ เกตุเพชร และคณะ[27] ได้ศึกษาความหลากหลายของพืชอาหารและโอกาสในการใช้ประโยชน์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีความหลากหลายของพืชอาหารในพื้นที่ชุมชนนิยมปลูกพืชสมุนไพรและผักพื้นบ้านไว้ในครัวเรือน มีพืชอาหารจำนวน 141 ชนิด ซึ่งเป็นพืชอาหารที่ให้คุณค่าทางโภชนาการสูงและเป็นส่วนประกอบในตำรับอาหารพื้นบ้านภาคเหนือและผู้สูงอายุมีการปรุงบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาพและความยั่งยืนด้านอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นด้วยสรรพคุณทางยาของสมุนไพรและเครื่องเทศในการช่วยเสริมภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของนคร จันต๊ะวงษ์ และคณะ[28] ได้ศึกษาการพัฒนานวัตกรรมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรใกล้มือสำหรับผู้สูงอายุ ที่พบว่าปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมโทรมตามวัย เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืดท้องเฟ้อและแน่นจุกเสียด อาการท้องผูก อาการปวดเมื่อยตามร่างกายและไข้หวัด เหล่านี้เป็นปัญหาทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้นด้วยสมุนไพรใกล้มือ เช่น การปลูกขิง ขมิ้นชัน กระชายขาว ไว้สำหรับดูแลรักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อและแน่นจุกเสียด เป็นต้น

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าอาหารท้องถิ่นเหล่านี้มีโอกาสถูกนำไปประยุกต์ใช้เสริมการดูแลรักษาโรคในคลินิกการแพทย์แผนไทย ตลอดจนใช้เป็นแนวทางส่งเสริมการรับประทานอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพสำหรับประชาชนในท้องถิ่นให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

บุคลากรทางด้านแพทย์แผนไทยสามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ในการส่งเสริมการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยในคลินิกการแพทย์แผนไทย โดยการใช้แนวทางอาหารเป็นยาหรือการรับประทานยาในรูปแบบอาหาร หรือควรส่งเสริมให้มีการนำอาหารท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทยให้คงอยู่สืบไป นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเพิ่มความหลากหลายของเมนูอาหารท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าอาหารท้องถิ่นมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นยาในรูปแบบอาหารเป็นยาได้อย่างมาก การวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นการศึกษาเพื่อปรับสูตรอาหารท้องถิ่นให้สอดคล้องกับโรคที่ต้องการรักษา นอกจากนี้ควรขยายขอบเขตไปยังโรคอื่น ๆ และกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนงานวิจัยเพื่อการพัฒนา ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. ตำราวิชาการอาหารเพื่อสุขภาพ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ม.ป.ป.
2. ฉวีรรณ สุวรรณาภา อรอนงค์ วูวงศ์ และเสริมศิลป์ สุภเมธีสกุล. อาหารพื้นบ้าน: กระบวนการจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและจริยธรรมทางสังคมในชุมชนภาคเหนือ. แพร่: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2560. MCU RS 610760017.
3. โฮงเฮียนสืบสานภูมิปัญญาล้านนา. กิน อยู่ ในวิถีล้านนา. เชียงใหม่: บริษัท สยามพิมพ์นานา จำกัด; 2558.
4. กรมส่งเสริมวัฒนธรรม. อัตลักษณ์อาหารไทย 4 ภาค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; ม.ป.ป.
5. พัทธนันท์ ศรีม่วง, สมยศ ตันติวงศ์วาณิช, สุวรรณา พิชัยยงค์วงศ์ดี และพรทิพย์ เดชพิชัย. โครงการวิจัยและพัฒนาตำรับชุดอาหารสุขภาพไทยจากท้องถิ่นสู่ครัวโลกกรณีศึกษาอาหารท้องถิ่นภาคเหนือ (ระยะสืบค้น). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2549.
6. สุปราณี สิทธิพรหม. พฤกษศาสตร์พื้นบ้านของพืชสมุนไพรและผักพื้นบ้าน ในชุดสำรับ/ตำรับอาหารท้องถิ่น ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; 2559.
7. วรรณพร สุริยะคุปต์. การศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย [ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาการแพทย์แผนไทยดุษฎีบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2565.
8. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. อาหารเป็นยา สู่วิถีรักษ์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ กรุงเทพ จำกัด; 2565.
9. วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เหรียญทิพยะสกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2563; 2(1): 1-19.
10. ปริพัช เงินงาม, ปัญญรัช คำเสือ, สุธิดา วิริยา, ณิศรา ชัยวงค์ และสุวนันท์ แก้วจันทา. การศึกษารูปแบบบริการคลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 10(1): 229-238. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/view/269539/183181.
11. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ผักปลัง [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]. เข้าถึงจาก: https://phar.ubu.ac.th/herb- DetailPhargarden/238.
12. ชื่นนภา ชัชวาล, นาฏศจี นวลแก้ว, ศรีสมพร ปรีเปรม, สุพัตรา ปรศุพัฒนา และอรุณศรี ปรีเปรม. คุณสมบัติทางกายภาพและชีวภาพของสารสกัดเมือกจากลำต้นผักปลังและการเตรียมเป็นผลิตภัณฑ์เจล. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน [อินเตอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 6(3): 104-112. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/9092/7759.
13. ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข, พิมลวรรณ ทีพยุทธพิจารณ์ และธริส หิญชีระนันทน์. ฤทธิ์ทำให้ง่วงหลับของยาสมุนไพรแปรรูปสกัดจากใบขี้เหล็ก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2543 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 45(3): 251-259. เข้าถึงจาก: https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/download/45-3-06.pdf.
14. Tanit Padumanonda and Wandee Gritsanapan. Barako contents in fresh and cooked *Senna siamea* leaves. The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health [Internet]. 2006. [cited 2025 March 31]; 37(2): 388-393. Available from: https://www.tm.mahidol.ac.th/seameo/2006_37_2/24-3768.pdf.
15. Pattaraphorn Panomai, Suthasinee Thapphasaraphong and Natsajee Nualkeaw. A Comparative Study of Two *Oroxylum indicum* (L.) Kurz. Phenotypes Based on Phytochemicals and Antioxidant Effects, and the Anti-Inflammatory Activity of Leaf and Pod Extracts. Plants [Internet]. 2024. [cited 2025 March 31]. 13(15), 2110. Available from: https://doi.org/10.3390/plants13152110.
16. อธิกา จารุโชติกมล, ปวิตรา พูลบุตร, จริยาพร เพริศแก้ว, ปวีณ์สุดา สามสี, รุ้งนภา ปาพรม และศิวาภรณ์ แดนรักษ์. ฤทธิ์ของสารสกัดใบมะรุมต่อการสลายไขมันในเซลล์ไขมันจากหนูขาว. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [อินเตอร์เน็ต]. 2543 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 32(2): 129-139. เข้าถึงจาก: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/scimsujournal/article/view/19215/16900.

17. Centhyea Chen, Umi Hartina Mohamad Razali, Fiffy Hanisdah Saikim, Azniza Mahyudin and Nor Qhairul Izzreen Mohd Noor. *Morus alba* L. Plant: Bioactive Compounds and Potential as a Functional Food Ingredient. Foods [Internet]. 2021. [cited 2025 March 31]; 10(3), 689. Available from: https://doi.org/10.3390/foods10030689.
18. M. Najma Habeeb, Prakash R. Naik and Fahmi S. Moqbel. Inhibition of α-glucosidase and α-amylase by *Morus alba* Linn leaf extracts. Journal of Pharmacy Research [Internet]. 2012. [cited 2025 March 31]; 5(1), 285-289. Available from: www.jpronline.info.
19. สุทัศน์ สีทน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 68]; 8(2): 18-31. เข้าถึงจาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265336/177815.
20. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 190 เมนูชูสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.
21. โรงพยาบาลดอกคำใต้. 99 เมนูสุขภาพ ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง. พะเยา: กอบคำการพิมพ์; 2552.
22. ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร, เอกอุรินทร์ ดวงทิพย์, ณิชารี อิติอินทร์, มนฑน์กาญจน์ ปิ่นภู่ และวิไลพร วงศ์คินี. ตำรับอาหารพื้นบ้านพะเยา: การสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและคุณค่าทางโภชนาการ. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 9(4): 297-313. เข้าถึงจาก: https://so01.tci-thaijo.org/index.php/abcjournal/article/view/106383/84222.
23. ดวงนภา แดนบุญจันทร์, สุวศิน พลนรัตน์, ธัญลักษณ์ ปู่คำสุข, ศิริพักตร์ จันทร์สังสา และวรรณพร สุริยะคุปต์. แนวทางการพัฒนาตำรับอาหารจากกระชายขาวเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันในภาวะที่ต้องอยู่ร่วมกับโรคโควิด 19. วารสารวัฒนธรรมอาหารไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 6(1): 11-31. เข้าถึงจาก: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jfood/article/view/269128/183765.
24. พระอธิการสฤษธิ์ มหายโส (ฉัตรทอง), ฐดมฏักษฌ์ ระฑีแสง และจำลอง แสนเสนาะ. การสร้างความยั่งยืนทางอาหารท้องถิ่นในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยรำไพพรรณี [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 17(3): 15-23. เข้าถึงจาก: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/RRBR/article/view/269349/180158.
25. ยุพา ชาญวิกรัย และไมตรี สุทธจิตต์. พืชผักสมุนไพรเพิ่มรสชาติ คุณค่าทางโภชนาการ และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของอาหารพื้นบ้าน. วารสารโภชนบำบัด [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 26(2): 20-26. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiJPEN/article/view/244327/166068.
26. กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, พนัสยา วรรณวิไล และจุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์. อาหารพื้นบ้านภาคใต้ วิถีการดำรงชีวิตพิชิตสุขภาพดี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 4(2): 281-290. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/92846/72688.
27. ศิริวรรณ เกตุเพชร, ชฎาพร แซ่ม้า และนิตยา นามวิเศษ. การศึกษาความหลากหลายของพืชอาหารและในการใช้ประโยชน์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 10(1): 14-27. เข้าถึงจาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/268189/177763.
28. นคร จันต๊ะวงษ์, รุสนี มามะ, โชคชัย แซ่ว่าง, ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงศ์ และชัยนรินทร์ เรือนเจริญ. การพัฒนานวัตกรรมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรใกล้มือสำหรับผู้สูงอายุ. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 31 มี.ค. 68]; 10(1): 245-256. เข้าถึงจาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jssr/article/view/249381/168435.

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน พื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก

Participation in child growth and development promoting on child center care in semi urban area of Phitsanulok province.

(Received: June 3,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

ทับทิม ปัตตะพงศ์[1] สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์[2] สมตระกูล ราศิริ[3]
Tubtim Pattapong[1] Sawitree Limkamontip[2] Somtakul Rasiri[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 53 คนประกอบด้วยผู้ปกครองและเด็กจำนวน 25 คู่ และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 3 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม แบบประเมินการเจริญเติบโต แบบประเมินพัฒนาการและแบบบันทึกการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก เก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 ปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นความถี่ ร้อยละและMcnemar test

ผลการวิจัยพบว่า 1.สถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัยร้อยละ 88 และพัฒนาการสมวัยร้อยละ 48 ปัญหาที่พบครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กขาดความรู้ในการประเมินและการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก 2.รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ดังนี้ 1) การอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กและการส่งต่อ 2) การสร้างความตระหนักผู้ปกครองเพื่อปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก 3) การสนับสนุนครอบครัวในการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่าการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กสมวัยเพิ่มขึ้นและเกิดเครือข่ายการดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสู่บ้าน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การส่งเสริมเจริญเติบโต, การส่งเสริมพัฒนาการ

Abstract

This action research aimed to study situation and developing a participatory in child growth and development promotion model through the involvement of families and teachers in child center care in a semi urban area of Phitsanulok province. Purposive sampling, selected a total of 53 participants, including 25 parent-child pairs, and 3 teachers. Data collection methods included in-depth interviews, focus group discussions, participatory observation, growth assessment tools, developmental screening tools, and logs documenting practices to promote child growth and development. The study was conducted in two phases: 1) Preparation phase 2) Implementation phase to developing the participatory in child growth and development promotion model. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were presented in terms of frequency, percentages, and Mcnemar test.

The results showed that: 1. Situations of child growth and development was 96% children have appropriate growth, while 48% children demonstrated age-appropriate development. A key challenge identified was the lack of knowledge among families and teachers in assessing and promoting child growth and development. 2. Participatory

[1]อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ Corresponding Author E-mail: tubtim@uru.ac.th
[2]อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

Child Growth and Development promotion model involving collaborative families and teachers consist of three strategies: 1) Training for teachers to monitor, promote, and facilitate referrals for child growth and development. 2) Raising parental awareness to implement practices that support growth and development. 3) Sustained family support to ensure continuous engagement in growth and developmental activities. Outcomes: The model led to improved age-appropriate growth and development in children and established a home-center care network for ongoing support.

Keyword: Participation, Growth promotion, Development promotion

บทนำ

เด็กก่อนวัยเรียนเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญาพร้อมที่จะเรียนรู้และรับประสบการณ์ใหม่เนื่องจากระบบประสาทและสมองมีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็ว การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นไปในทิศทางใดเป็นผลมาจากพันธุกรรมที่กำหนดไว้และสภาพแวดล้อมภายนอกที่รายล้อมเด็กโดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดสามารถดูแลและจัดประสบการณ์เพื่อส่งเสริมได้เหมาะสมกับเด็กแต่ละคนได้แก่ การจัดอาหารให้เด็กรับประทาน การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม การนอนหลับที่เพียงพอ การให้เด็กได้วิ่งเล่นอิสระ ฝึกให้เด็กทำกิจกรรมประจำวันเพื่อดูแลตนเอง การเล่นกับเด็ก เล่านิทานให้เด็กฟัง ให้เด็กได้เล่าเรื่องราวให้คนในบ้านฟัง การใช้สื่ออิเล็คทรอนิกส์เล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ การปล่อยให้เด็กดูทีวีตามลำพัง การใช้แท็บเล็ต เป็นต้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปตามวัย[1]

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การขยายตัวของเมือง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปชุมชนชนบทผันเปลี่ยนเป็นชุมชนกึ่งเมืองเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว บิดามารดาต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ครอบครัว เด็กส่วนหนึ่งได้มาอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนในช่วงกลางวันระหว่างที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองไปทำงานและกลับบ้านในช่วงเย็น บทบาทการดูแลเด็กจึงถูกถ่ายทอดมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชนถือได้ว่าเป็นแหล่งที่สองรองจากครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการในระหว่างวันแก่เด็กโดยเฉพาะครูผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพัฒนาการแต่ละด้านของเด็ก ดังนั้นการส่งเสริมการเจริญเติบโตพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามวัยอย่างเหมาะสมจึงมีหลายภาคส่วนเกี่ยวข้อง[2,3]

สถานการณ์ในประเทศไทยยังพบปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เหมาะสมตามวัย ดังรายงานของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ ในปี 2560 เด็กอายุ 0-5 ปีมีการเจริญเติบโตปกติเพียงร้อยละ75.60[4]ซึ่งเป็นเด็กที่มีน้ำหนักและส่วนสูงเหมาะสมตามเกณฑ์ ขณะเดียวกันผลการสำรวจพัฒนาการเด็กในปีพ.ศ 2560-2565 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 16.39, 21.21, 25.57, 26.58, 26.56 และ 24.55 ตามลำดับ[5]ซึ่งสูงกว่าสถิติเด็กปฐมวัยทั่วโลกที่มีพัฒนาการผิดปกติเพียงร้อยละ 15-20 จังหวัดพิษณุโลกแม้มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเด็กปฐมวัยแต่ยังพบการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่สมวัย จากผลการสำรวจเด็กอายุ 0-5 ปีในปี 2564 พบร้อยละ 5.8 มีน้ำหนักและส่วนสูงไม่เป็นไปตามเกณฑ์และร้อยละ 2.26 มีพัฒนาการไม่สมวัย[6,7] ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของเด็กและการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เกิดความเหนื่อยล้าและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น[8] จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญอย่างรีบเร่งในการส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้เป็นไปตามวัยตั้งแต่แรก[9,10]

อย่างไรก็ตามการที่เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่สมวัยนั้นพบว่าเกี่ยวข้องกับครอบครัวขาดความเข้าใจในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กได้เรียนรู้ การปล่อยให้เด็กเล่นอินเตอร์เน็ต การใช้เวลากับหน้าจอโทรศัพท์ส่งผลต่อการนอนและการรับประทานอาหาร ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตและทำให้เด็กขาดโอกาสการเรียนรู้ในด้านอื่นๆ รวมถึงมุมมองว่าการส่งเสริมนั้นเป็นบทบาทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขณะเดียวกันที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังขาดความรู้ในการจัดอาหาร การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ขาดการสนับสนุนเครื่องมือการเฝ้าระวัง ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลและบูรณาการผู้เกี่ยวข้อง[11] ซึ่งจำเป็นต้องส่งเสริมศักยภาพ

การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนนั้น จึงจำเป็นที่ครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมมือกันในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน มิใช่บทบาทของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเพียงอย่างเดียว เพื่อป้องกันและแก้ไขแนวโน้มปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กไม่สมวัย โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และมีส่วนร่วมในการประเมินผล[12,13] จากแนวโน้มสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนในบริบทพื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก โดยเลือกพื้นที่แบบเจาะจงในตำบลสมอแข อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลกเพื่อพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนพื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนพื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mctaggart[14] ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมโดยศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก และระยะที่ 2 ปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

โดยเลือกพื้นที่แบบเจาะจงในตำบลสมอแข อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลกเป็นพื้นที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่คือ 1) เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่นในจังหวัดพิษณุโลก 2) เป็นตำบลที่อยู่ติดเมืองเป็นพื้นที่กึ่งเมือง 3) นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการกองการศึกษา ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2565 ถึง พฤศจิกายน 2565

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยประกอบด้วย

1. กลุ่มเป้าหมาย เป็นประชากรทั้งหมดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้แก่ ผู้ปกครองที่เป็นตัวแทนครอบครัวๆละ 1 คนและเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 25 คน รวมเป็น 25 คู่ และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 3 คน

2. กลุ่มแกนนำในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เลือกแบบเจาะจง(Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้ 1) เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2) ยินดีให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ ตัวแทนผู้ปกครองจำนวน 2 คน ตัวแทนครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 1 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 1 คน ปลัดอบต.จำนวน 1 คน

พยาบาลในรพสต.ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กจำนวน 2 คน นักวิชาการศึกษาจำนวน 1 คน คณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) โดยผู้วิจัยสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นแนวคำถามปลายเปิด สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ปกครองและครูในประเด็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 20 นาที

2. การสนทนากลุ่ม เป็นการสนทนาที่แสดงความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ปกครองและครูในประเด็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กและปัญหาอุปสรรคเป็นแนวคำถามปลายเปิด

3. การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เป็นการเก็บข้อมูลโดยที่ผู้วิจัยเข้าไปสัมผัสกับปรากฏการณ์ที่สนใจโดยตรง เฝ้าดูรายละเอียดในความสัมพันธ์ต่างๆในเหตุการณ์ธรรมชาติอย่างเป็นระบบ เข้าไปเรียนรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของปรากฏการณ์นั้นๆ (Steubert & Carpenter, 2003)[15] ผู้วิจัยใช้สังเกตการแสดงความคิดเห็น การช่วยเหลือการทำงานในกลุ่ม การทำกิจกรรมในระหว่างดำเนินโครงการ

4. การบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field notes) เป็นการบันทึกรายละเอียดจากการสังเกต การสนทนา การสัมภาษณ์ ประกอบด้วย บริบทการศึกษา (Context) เนื้อหาสาระที่ได้จากการศึกษา กระบวนการ วิธีการศึกษา การเก็บข้อมูล และการสะท้อนคิด (Self-Reflection) โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยภาคสนามได้แก่ เทปบันทึกเสียง เพื่อใช้บันทึกเสียงขณะที่มีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

5. แบบประเมินการเจริญเติบโต โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูงที่มีมาตรฐาน แปลผลโดย ใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ของสำนัก โภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[16] เป็นแบบพล็อตกราฟวิเคราะห์ตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต

6. แบบประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)[17] โดยใช้ชุดเครื่องมือประเมินพัฒนาการ

7. แบบบันทึกการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก สำหรับผู้ปกครองซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 2 ด้าน ประกอบด้วยการ ส่งเสริมการเจริญเติบโต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การติดตามน้ำหนักส่วนสูง และการส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ การเปิดโอกาสให้เด็กทำกิจวัตรประจำวัน การบอกคำศัพท์สิ่งของรอบตัว การเล่นกับเด็ก การออกกำลังกาย เป็นการปฏิบัติในแต่ละวัน

การหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางใน การสนทนากลุ่ม แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบบันทึกการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กมาให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสม แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ให้ข้อมูลและขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

และเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วจึงขอผู้ให้ข้อมูลลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล การวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมโดยศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนเพื่อค้นหาปัญหาและวิธีการในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ทำอยู่โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและ การสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึกครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 3 คนและหลังจากนั้นพบผู้ปกครองเด็กเพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกครอบครัวละ 1 คนในประเด็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กจนครบ 25 คน และผู้วิจัยประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กรายบุคคล โดยการวัดส่วนสูงชั่งน้ำหนักใช้กราฟมาตรฐานประเมินการเจริญเติบโตเด็กไทย และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย(DSPM) ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที/ราย ทำทีละรายจนครบ 25 ราย

2. ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่ม 2 ครั้งเพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติเดิมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา ครั้งที่ 1 จัดสนทนากลุ่มผู้ปกครองจำนวน 25 คนใช้เวลา 50 นาที และครั้งที่ 2 ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 3 คน ใช้เวลาประมาณ 50 นาที

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของครอบครัว ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระยะนี้ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนคือ วางแผน (plan) ปฏิบัติ (act) สังเกตผลจากการปฏิบัติ (observe) และสะท้อนผลที่ได้ (reflect) ดังนี้

ขั้นที่ 1 วางแผน(Plan) โดยการประชุมกลุ่ม (Group discussion) ชี้แจงผลการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก การปฏิบัติในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเดิมที่ปฏิบัติอยู่ ปัญหาอุปสรรค แก่ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนวิเคราะห์และระบุปัญหาและศักยภาพร่วมกัน พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองเลือกตัวแทน 2 คนและครูผู้ดูแลเด็ก 1 คนเข้ามาเป็นแกนนำในการวางแผนการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

หลังจากนั้นประชุมระดมสมองกลุ่มแกนนำ ได้แก่ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน พยาบาลในรพสต. นักวิชาการศึกษา ปลัดอบต. และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมจัดทำแผนส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กได้กลยุทธ์จำนวน 3 กลยุทธ์ ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 การอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการเด็กและส่งต่อการดูแลไปยังครอบครัว

กลยุทธ์ที่ 2 การอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเพื่อสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

กลยุทธ์ที่ 3 การสนับสนุนครอบครัวในการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Act) การนำกลยุทธ์ทั้ง 3 ไปปฏิบัติตามที่วางแผนไว้

ขั้นที่ 3 การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Observe) ติดตามผลการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้และนำปัญหามาแก้ไขและประเมินผลการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กอีกครั้ง

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผลที่ได้ (reflect) ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กร่วมกันและคืนข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ พร้อมรายละเอียดขณะสัมภาษณ์และสนทนา อ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวมโดยเฉพาะความรู้สึกเกี่ยวกับปรากฏการณ์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต เช่น

อาการสีหน้า น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจับกลุ่มคำ ข้อความประโยคที่สำคัญให้รหัส (coding) แล้วจึงบันทึกข้อความที่ให้ความหมายหรือรหัสนั้น ขณะที่ให้รหัสนั้นวิเคราะห์ว่ามีข้อมูลส่วนใดที่ยังไม่ครบถ้วน หรือยังไม่ชัดเจน วางแผนกำหนดประเด็นหรือแนวคำถามเพื่อใช้ในครั้งต่อไป จากนั้นนำความหมายที่บันทึกไว้มาจัดเป็นหมวดหมู่เป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่เชื่อมโยงกัน แล้วนำข้อสรุปไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง จึงสรุปเป็นรูปแบบในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็ก แล้วนำเสนอร่วมกันวิพากษ์ให้ข้อเสนอแนะปรับแก้ไขจนเป็นรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละและMcnemar test

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการบันทึกข้อมูลภาคสนาม มาตรวจสอบความถูกต้องโดยยึดหลักสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล (data triangulation)[18,19]พิจารณาในการตรวจสอบได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งบุคคลและแหล่งสถานที่ จากการที่ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลความเชื่อถือได้ของข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล (credibility) ความสม่ำเสมอและความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล(dependability) ความเชื่อมั่นของกระบวนการวิจัย (confirmability) และพัฒนาแนวทางที่เป็นไปได้จริงในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (transfer-ability)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2/2564.1.7 ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลเริ่มตั้งแต่การชี้แจงให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ อาสาสมัครมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ตลอดจนการรักษาข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน

ผลการวิจัย

การศึกษานี้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. สถานการณ์การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1.1ผู้ให้ข้อมูลเป็นเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 25 คน อายุระหว่าง 2 ปี 2 เดือนถึง 3 ปี 1 เดือน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 14 คนร้อยละ 56 เพศชายจำนวน 11 คนร้อยละ 44 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดาจำนวน 17 คนร้อยละ 68 เป็นญาติ ได้แก่ ตา ยาย ปู่ ย่า และป้าจำนวน 6 คนร้อยละ 24 และบิดาจำนวน 2 คนร้อยละ 8 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 13 คนร้อยละ 52 และครอบครัวขยายจำนวน 12 คนร้อยละ 48 ผลการประเมินการเจริญเติบโตพบว่ามีเด็กที่น้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 88 และส่วนสูงตามเกณฑ์ร้อยละ 100 และสมส่วนร้อยละ 88 ด้านพัฒนาการพบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 48 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือไม่สมวัยร้อยละ 52 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีพัฒนาการไม่สมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กสูงสุดร้อยละ 24 รองลงมาคือพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาร้อยละ 20 และมีเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือไม่สมวัย 2 ด้านขึ้นไปร้อยละ 8

1.2 จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มผู้ปกครองจำนวน 25 ราย ส่วนใหญ่เป็นมารดาจำนวน 18 คนร้อยละ 72 อายุระหว่าง 25 -35 ปี

การศึกษาปริญญาตรี รายได้ครอบครัวพอใช้ การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กที่ปฏิบัติอยู่ดังนี้ การจัดหาอาหารให้เด็กรับประทานอย่างพียงพอและดูแลให้เด็กนอนหลับในตอนกลางวันและกลางคืน การดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วย การปล่อยให้เด็กเล่นอย่างอิสระ และการพาไปเที่ยวในช่วงว่าง มีมุมมองเรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นเรื่องธรรมชาติเชื่อว่า *“เมื่อโตขึ้นเด็กจะเก่งเอง ”* และมองว่าบทบาทการส่งเสริมพัฒนาการเป็นบทบาทของครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สภาพปัญหาพบว่าผู้ปกครองขาดความรู้ในการประเมินการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ไม่มีเวลาเล่นกับเด็ก
เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน

1.3 ด้านศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ครูจำนวน 3 คน อายุระหว่าง 32 – 42 ปี การศึกษาสูงสุดปริญญาโท จำนวน 1 คน ร้อยละ 33 การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปฏิบัติ คือ การจัดอาหารที่มีคุณภาพครบ 5 หมู่ให้เด็กรับประทานในแต่ละวันโดยใช้ โปรแกรม thai school lunchการ ติดตามเมนูอาหารที่จัดให้เด็ก และติดตามประเมินการจริญเติบโตโดยการชั่งน้ำหนักและส่วนสูงภาคเรียนละ 1 ครั้ง การส่งเสริมพัฒนาการเป็นไปตามหลักสูตรปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สภาพปัญหาพบว่าครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กยังขาดความรู้ในการประเมินการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีข้อจำกัดในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ทั่วถึงและต้องการพัฒนาศักยภาพในส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก ภายหลังประชุมผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กเพื่อระบุปัญหาและศักยภาพร่วมกัน ผู้วิจัยร่วมกับแกนนำประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็ก มุ่งเน้นเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 การเพิ่มพูนความรู้แก่ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบกิจกรรมดังนี้ 1)การให้ความรู้แก่ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเรื่องการประเมินการเจริญเติบโตโดยใช้กราฟน้ำหนักและส่วนสูงของสำนักโภชนาการ กรมอนามัยเพื่อสามารถติดตามการเจริญเติบโตของเด็ก 2)การให้ความรู้ในการประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบคัดกรองพัฒนาการ DSPM และ 3)สร้างแรงบันดาลใจในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กในภาระกิจประจำวัน โดยเน้นให้ครูผู้ดูแลเด็กได้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้านในแต่ละวันให้แก่เด็กและสามารถเสริมเพิ่มเติมในเด็กรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้หรือมีแนวโน้มช้ากว่าเพื่อน

ภายหลังดำเนินการครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นและมั่นใจว่าตนเองสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลเด็กประจำวันและมีการส่งต่อให้ครอบครัวกรณีที่มีปัญหาหรือติดภารกิจอื่นไม่ได้จัดกิจกรรมให้เด็ก และกรณีที่เด็กสงสัยว่าจะมีพัฒนาการไม่สมวัยครูจะบอกผู้ปกครองและติดต่อพยาบาลในรพสต.เพื่อติดตามและให้การดูแลเด็กต่อ

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการแก่เด็ก ประกอบด้วย กิจกรรมดังนี้ 1) การจัดอบรมแก่ผู้ปกครองเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัยและการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 2) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องการประเมินการเจริญเติบโตโดยใช้กราฟน้ำหนักและส่วนสูงของสำนักโภชนาการ กรมอนามัยและการส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กพร้อมลงมือปฏิบัติและ 3) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กในวิถีชีวิตประจำวัน มีการให้ความรู้เป็นรายบุคคลในกรณีที่มีปัญหาหรือไม่สะดวกในการอบรม จากนั้นผู้ปกครองนำความรู้ไป

ปฏิบัติการสร้างเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กและบันทึกในแบบการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กทุกวันครบ 1 สัปดาห์ แล้วนำมาส่งที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและรับแบบบันทึกใบใหม่กลับไป กรณีที่ผู้ปกครองสงสัยมีปัญหาในการปฏิบัติการสามารถสอบถามติดต่อผู้วิจัยได้ผ่านไลน์แอปพลิเคชั่น

ภายหลังการดำเนินการผู้ปกครองเกิดความตระหนักมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

กลยุทธ์ที่ 3 การสนับสนุนครอบครัวในการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ มีการติดตามการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบและพัฒนาการของผู้ปกครอง ภายหลังอบรมให้ความรู้ 1 สัปดาห์โดยการพบปะผู้ปกครองช่วงมารับบุตรหลานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลับบ้าน จากนั้นเปิดช่องทางในการติดต่อสื่อสารทางไลน์เป็นแบบกลุ่มและส่วนตัวให้ผู้ปกครองสามารถติดต่อสอบถามเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคและให้กำลังใจกัน เมื่อครบ 1 เดือนจัดเวทีให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันในการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้วยการเล่าสู่กันฟัง

ผลการดำเนินเกิดเครือข่ายในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการสนับสนุน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันช่วยกันในการวางแผน ปฏิบัติการและติดตามประเมินผลในการดูแลเด็ก

ภายหลังการดำเนินการปฏิบัติการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลกพบว่าเด็กมีการเจริญเติบโตสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88 เป็นร้อยละ 100 และพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 96 แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กภายหลังใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05),(P<.001)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n = 25) ด้วยสถิติ McNemar test

การประเมิน	ก่อน	หลัง	p-value
การเจริญเติบโต			
- เหมาะสมตามวัยหรือสมส่วน	22 คน (88)	25 คน (100)	< .05*
- ไม่เหมาะสมตามวัย	3 คน (12)	0	
พัฒนาการ			
-สมวัย	12 คน (48)	24 คน (96)	<.001**
-สงสัยล่าช้าหรือไม่สมวัย	13 คน (52)	1 คน (4)	

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนพื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. สถานการณ์การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่าการเจริญเติบโตเหมาะสมหรือสมส่วนร้อยละ 88 สูงตามเกณฑ์อายุร้อยละ 100 มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุร้อยละ 88 มีน้ำหนักค่อนข้างสูงร้อยละ 8 และน้ำหนักค่อนข้างต่ำร้อยละ 4 แสดงให้เห็นแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัย สอดคล้องกับการศึกษาของณิชกานต์ นาควิโรจน์และคณะ[1]พบว่าการเจริญเติบโตของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปางมีน้ำหนักไม่ตามเกณฑ์ร้อยละ 35 ส่วนสูงไม่ตามเกณฑ์ร้อยละ 7.50 รูปร่างไม่สมส่วนร้อยละ 28.75 ซึ่งเป็นผลมา

จากการเลี้ยงดู การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กในช่วงวัยก่อนเรียนด้านพัฒนาการพบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือไม่สมวัยร้อยละ 52 เมื่อพิจารณารายด้านพบไม่สมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กสูงสุดร้อยละ 24 รองลงมาคือพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาร้อยละ 20 สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสงและคณะ[20] ศึกษาพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนโดยใช้ DENVER II พบว่า มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้ามากที่สุด ตามด้วยพัฒนาการด้านภาษาคือร้อยละ 66.8 และ 16.6 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ปกครองต้องทำงานนอกบ้านทำให้มีเวลาในการเลี้ยงดูลดลงและปล่อยให้เด็กใช้เวลากับโทรศัพท์ แท็ปเล็ตแทน รวมทั้งทัศนะคติที่คิดว่าการปล่อยให้เด็กได้เล่นโทรศัพท์ แท็ปเล็ตเป็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เด็กจึงใช้เวลากับหน้าจอมากขาดโอกาสในการเรียนรู้ในการทำกิจกรรม ที่ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งผู้เกี่ยวข้องต้องตระหนักและวางแผนเตรียมพร้อมเด็กในวัยนี้ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับพัฒนาการในวัยต่อไป

การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก สภาพปัญหาพบว่า ผู้ปกครองขาดความรู้ในการประเมิน การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ไม่มีเวลาเล่นกับเด็กเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กยังขาดความรู้ในการประเมินการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
มีข้อจำกัดในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ทั่วถึงและต้องการพัฒนาศักยภาพในส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กและพัฒนาการเด็ก สอดคล้องกับ วัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์[11] พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังขาดความรู้และการสนับสนุนการส่งเสริมโภชนาการ พัฒนาการเด็กและการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนพื้นที่กึ่งเมืองจังหวัดพิษณุโลก มีกลยุทธ์ 3 ข้อ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นำข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก พยาบาล ผู้นำชุมชน นักวิชาการ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประชุมระดมสมองวิเคราะห์หาแนวทางในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและครูผู้ดูแลเด็ก ที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เพราะการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและผู้วิจัยในทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมตัดสินใจร่วมทำและร่วมประเมินผล คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวิเคราะห์ปัญหาภายหลังนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการคิดวางแผน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการภายหลังที่ได้คิดวางแผนและมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติการและนำไปปรับปรุงแก้ไข[21] (Cohen & Uphoff, 1977) ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของจึงสนใจเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์[2]พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนผลักดันให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาพัฒนาการอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับการศึกษาของทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสงและคณะ[20]พบว่าการมีส่วนร่วมของครูพี่เลี้ยงเด็กและผู้ปกครองในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กทำให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นจนเป็นปกติและผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ผลมากและคณะ[12]พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการปกติสูงขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ 1 การอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กภายหลังดำเนินการครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลเด็กประจำวัน และมีการส่งต่อให้ครอบครัวติดตามดูแลเด็กต่อเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีบทบาทสำคัญในส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

ในระหว่างที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและให้คำแนะนำผู้ปกครองครอบครัวในการดูแลเด็กที่บ้านสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสงและคณะ[20]พบว่าการให้ความรู้ครูพี่เลี้ยงเด็กเรื่องพัฒนาการการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สอดคล้องกับงานวิจัยของสุดาภรณ์ พยัคเรือง[22]ศึกษามุมมองของผู้ดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่าควรเปิดโอกาสให้ครูผู้ดูแลเด็กและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น ควรมีการร่วมกันในการประเมินและวางแผนส่งเสริมพัฒนาการเด็กระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและครู ผู้ดูแลเด็กเพื่อให้พัฒนาการเด็กเหมาะสมกับวัย

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการแก่เด็ก ผลการปฏิบัติผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้นเกิดความตระหนักมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความตระหนักในบทบาทของตนเองและจำเป็นในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ทั้งแบบกลุ่มและเฉพาะบุคคล และจัดให้มีการฝึกปฏิบัติและติดตามเป็นระยะๆเพื่อให้เกิดความมั่นใจ นำไปปฏิบัติได้จริงเพื่อให้เป็นวิถีชีวิตประจำวันของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ผลมากและคณะ[12]ศึกษาการพัฒนารูปแบบการ มีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาพบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองทั้งแบบบรรยายและปฏิบัติเป็นองค์ประกอบหนึ่งในห้าองค์ประกอบของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสงและคณะ[20]พบว่าผู้ปกครองที่ได้รับการฝึกอบรมจะมีความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตร จันดาบุตรและคณะ[23]พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและมีการติดตามเป็นระยะๆส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 77.27

กลยุทธ์ที่ 3 การสนับสนุนครอบครัวในการปฏิบัติการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการจากการติดตามการปฏิบัติการโดยการพบปะโดยตรง การติดต่อสื่อสารทางไลน์ เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปันประสบการณ์ด้วยการเล่าสู่กันฟังเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจ รับรู้อุปสรรคและช่วยกันแก้ไข ทำให้เกิดการปฏิบัติในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กและเครือข่ายในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสงและคณะ[20]ใช้การติดตามเยี่ยมครอบครัวเพื่อให้คำแนะนำในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาเด็กเฉพาะรายเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้เป็นปกติสมวัย รวมถึงการจัดให้ครอบครัวมีการเล่าสู่กันฟังทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมคิด ร่วมแก้ไขและร่วมประเมินผล ส่งผลให้เกิดการเฝ้าระวังและส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติสมวัย

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไปปรับใช้ตามบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กควรเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

2.ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการส่งเสริมเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ารายด้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในบริบทสังคมเมือง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.ณิชกานต์ นาควิโรจน์, ศิริวรรณ ใบตระกูล, จิตตวีร์ เกียรติสุวรรณ, และจุฑาทิพย์ เดชเดชะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564; 8(2): 237-252.

2.ธัญญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19(2): 222-229.

3.ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(4): 176-184.

4.กรมอนามัย. รายงานประจำปีกรมอนามัย 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.

5.กรมอนามัย. รายงานประจำปีกรมอนามัย 2565. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.

6.พูนศิริ ฤทธิรอน, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ, พัสตราภรณ์ แย้มแม่น, นิชนันท์ อินสา, อมรัตน์ เนียมสวรรค์, รัชดาวรรณ บุญมีจิว,และแววตา ระโส. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(3): 42-56.

7.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. รายงานประจำปี 2564. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:https://cloud.plkhealth.go.th/index.php/s/Eo2Tb6D6tESw7CN#pdfviewer.

8.เบญจมาศ สลิลปราโมทย์. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(3): 114-127.

9.ยุวดี พงษ์สาระนันทกุล, สุดาภรณ์ พยัคเรือง. รูปแบบการสร้างเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กอายุ 2-4 ปีโดยบิดามารดาหรือผู้ดูแล: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. Journal of nursing science 2016; 34(2): 34-44.

10.Smythe T, Zuurmond M, Tann CJ, Gladstone M, Kuper H. Early intervention for children with developmental disabilities in low and middle income countries – the case for action. International Health 2021; 13(3): 222 31. Available from: doi:10.1093/inthealth/ihaa044.

11.วัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์, ทับทิม ศรีวิไล, ปทุมรัตน์ สามารถ, ธวัชชัย ทองบ่อ, เศวต เซี่ยงลี่,และ Kannika Permpoonputtana. การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนไทย: บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 46(2): 53-68.

12.จุฑามาศ ผลมาก, ปรัชญาพร ธิสาระ, ดาว เวียงคำ, และอมรรัตน์ ดวงปัญญา. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(2): 241-250.

13.Cohen JM, Uphoff, NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. World development 1980; 8(3): 213-235. [cited 2022 Dec 20]. Available from: https://doi.org/10.1016/0305-750x(80)90011-x

14.Kemmis S, Mctaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin university press; 1988.

15.Streuber JH, Carpenter RD. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 5rd ed. China: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

16.สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตเด็ก 0-5 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/kidgraph

17.กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี; องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.

18.Denzin, N. K. (1978). The sociological method: A sourcebook. (2nded.). Newyork: McGraw-Hill.

19.Patton, M. Q. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. Health Services Research 1999; 34(5 Pt 2):1189–1208. [cited 2022 Dec 2]. Available from: https://europepmc.org /backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1089059&blobtype=pdf

20. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง, อติญา โพธิ์ศรี, และธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561; 41(1): 95-104.

21.Cohen, J. M., & Up-hoff, N. Rural Development Participation: Concepts and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation. New York: Cornell University; 1977.

22.สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. มุมมองของผู้ดูแลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. Journal of nursing science 2014; 32(2): 62-70.

23.วิจิตร จันดาบุตร วิทยา อยู่สุขและวิโรจน์ เชมรัมย์. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยทางการศึกษา 2561; 13(1): 208-219.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

FACTORS AFFECTING THE EFFECTIVENESS OF ORGANIZING ENVIRONMENTAL STUDIES FOR HOLISTIC ECONOMIC UPGRADING OF ELDERLY SCHOOLS.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

ประเสริฐ เหล่าบุศณ์อนันต์[1] สุวารีย์ ศรีปูณะ[1] ปัญญา หมั่นเก็บ[2]
Prasert Laobusnanant[1] Suwaree Sripoona[2] Panya Mankeb[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ และสร้างรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก และประเด็นคำถามในการจัดสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีปัจจัยเชิงสาเหตุ 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ และปัจจัยประสิทธิผล 3 ปัจจัย ได้แก่ ผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ และประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของนักเรียนสูงอายุ และได้รูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุด้วยโมเดล 2ES-BCG

คำสำคัญ: สิ่งแวดล้อมศึกษา; การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวม; โรงเรียนผู้สูงอายุ

Abstract

This research was survey research using data analysis by qualitative methods. The objectives are to study the factors affecting the effectiveness of organizing environmental studies for holistic economic upgrading of elderly schools and to create a model for organizing environmental studies for the holistic economic upgrading of elderly schools. The sample group consists of 9 qualified persons selected by purposive sampling. The tools used for data collection are a data analysis and synthesis record form, in-depth interview questions, and focus group discussion questions. Data were analyzed by content analysis.

The results of the research found that the factors affecting the effectiveness of organizing environmental studies for holistic economic upgrading of elderly schools consist of 4 causal factors: policy factors in promoting the organization of environmental studies in elderly schools, factors of administrators and personnel in organizing environmental studies in elderly schools, factors of organizing environmental studies learning in elderly schools, and factors of environmental behavior of elderly students. Three effectiveness factors are: results of organizing environmental studies in elderly schools, results of administrators' satisfaction with elderly students, and effectiveness of holistic economic upgrading of elderly students. The model for organizing environmental studies for holistic economic upgrading of elderly schools was obtained using the 2ES-BCG model.

Keyword: Environmental studies; Holistic economy upgrading; Elderly school

---

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ Corresponding Author E-mail: prasert2310@gmail.com
[2] สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

บทนำ

การเพิ่มจำนวนประชากรมนุษย์ทำให้มนุษย์มีความต้องการปัจจัยพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ แต่ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของมนุษย์ได้และถูกทำลายเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ทรัพยากรเหล่านี้ลดลงและหมดไปอย่างรวดเร็ว แต่ความต้องการของมนุษย์ก็ยังคงมีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติที่เหลืออยู่อย่างฟุ่มเฟือย และมีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเหล่านั้นให้มากที่สุด ทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึงการปลดปล่อยมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ มลพิษทางอากาศ ฝุ่นพีเอ็ม 2.5 น้ำ และดิน รวมถึงการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ[1] ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของมนุษย์ทุกคน

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในสังคมไทย และมีศักยภาพในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤฒพลัง (Active Ageing)[2] เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ชีวิต ความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติ มีภูมิปัญญาที่สั่งสมมานาน และมีเวลาว่างหลังเกษียณอายุ จึงสามารถนำศักยภาพเหล่านี้มาช่วยเหลือสังคมในการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมได้ โดยมีช่องทางที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้แสดงศักยภาพผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต[3,4]

โรงเรียนผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากแนวคิดที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างเต็มที่ในสังคม โรงเรียนผู้สูงอายุไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การเรียนรู้ด้านวิชาการหรือการพัฒนาทักษะชีวิตเท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นที่สำหรับการสร้างเครือข่ายทางสังคมและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย ในอดีตที่ผ่านมาโรงเรียนผู้สูงอายุจัดให้มีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การเรียนรู้ด้านศิลปะ ดนตรี รวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการออกกำลังกาย แต่ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมกลายเป็นหัวข้อสำคัญที่ได้รับความสนใจทั่วโลก เนื่องจากปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทุกคน รวมถึงผู้สูงอายุ ดังนั้น โรงเรียนผู้สูงอายุหลายแห่งจึงเริ่มนำเรื่องสิ่งแวดล้อมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 กำหนดให้กรมกิจการผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 แผนปฏิรูป และจัดทำแผนแม่บท และเชื่อมโยงประเด็นสำคัญกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ของประชาชน และการคงรักษาไว้ซึ่งทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสมดุล ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุได้ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเข้าใจและใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ทำให้เกิดสำเร็จของการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง แต่เมื่อได้ศึกษาลงลึกในรายละเอียดหลักสูตรที่มีอยู่ของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า หลักสูตรการเรียนรู้ตลอดชีพของโรงเรียนผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมนั้น ไม่ตอบโจทย์การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน และไม่มีการใช้ศาสตร์สิ่งแวดล้อมศึกษาที่สามารถยกระดับเศรษฐกิจองค์รวม (BCG economy) ของประเทศ

สู่ความยั่งยืนในอนาคตได้มาปรับใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ

สิ่งแวดล้อมศึกษา (Environmental Studies) เป็นศาสตร์ในการจัดการป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาเชิงป้องกันหรือการจัดการปัญหาที่ต้นทาง ซึ่งการใช้องค์ความรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาในการจัดการให้สิ่งแวดล้อมเกิดความยั่งยืน และส่งผลให้ชุมชนทุกระดับเกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อตอบสนองความต้องการของคนในปัจจุบันและไม่ทำให้คนรุ่นหลังต้องลดขีดความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองลดลง ด้วยการสร้างความยั่งยืนระหว่างเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม[5] โดยมีมิติของสิ่งแวดล้อมศึกษา 6 แขนง ตามที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา (ก.พ.อ.) ได้กำหนดไว้ คือ จิตวิทยาสิ่งแวดล้อม เศรษฐศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมวิทยาสิ่งแวดล้อม กฎหมายสิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม และการเมืองและนโยบายสิ่งแวดล้อม ซึ่งการใช้สิ่งแวดล้อมศึกษากับโรงเรียนผู้สูงอายุ จะช่วยเพิ่มมิติทางด้านสังคมวิทยาสิ่งแวดล้อม และการเมืองและนโยบายสิ่งแวดล้อม แต่การขับเคลื่อนให้เกิดความสำเร็จนั้นจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งจากการทบทวนนโยบายของโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเน้นการส่งเสริมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ฉะนั้นการเพิ่มบทบาทของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุในด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ก็น่าจะทำให้เกิดมิติใหม่ในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจองค์รวมได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาตัวแปรว่ามีตัวแปรสำคัญอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยเหตุที่เป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งดูรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยกำหนดโจทย์วิจัยของการศึกษานี้ว่ารูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร และได้ตั้งคำถามวิจัยว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุมีปัจจัยอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (survey research using data analysis by qualitative methods) เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ และสร้างรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประเด็นคำถามในการรวบรวมข้อมูลจากวารสาร รายงานการวิจัย หนังสือ และรายงานอื่น ๆ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง และประเด็นคำถามในการจัดสนทนากลุ่ม แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แหล่งข้อมูลเอกสาร ประกอบด้วยวารสาร รายงานการวิจัย หนังสือ และรายงานอื่น ๆ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 9 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจัดสนทนากลุ่ม จำนวน 9 คน ได้แก่ นักวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา

เศรษฐกิจองค์รวม จำนวน 3 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุจากโรงเรียนที่มีการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ผู้แทนจากกรมกิจการผู้สูงอายุหรือพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแล จำนวน 2 คน และผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแล จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบบันทึกการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเอกสารจากวารสาร รายงานการวิจัย หนังสือ และรายงานอื่น และประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 และประเด็นคำถามเพื่อการจัดสนทนากลุ่มเพื่อเพื่อค้นหาปัจจัยสังเกตได้หรือตัวบ่งชี้ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง 0.60-1.00 ซึ่งถือว่าเครื่องมือทั้งสองมีความสอดคล้องกับเนื้อหาและสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคนทั้ง 9 คน และจัดประชุมสนทนากลุ่มโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 9 คน เข้าร่วมประชุมผ่านการประชุมทางไกลผ่าน โปรแกรม Zoom Meeting บันทึกการประชุมและถอดเทปเสียง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากเอกสาร ได้แก่ หนังสือ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ และจากการประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุมิ เพื่อสร้างรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ 2 หัวข้อใหญ่ดังนี้

1. ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนสูงอายุ มีดังนี้ 1) จากการค้นหาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) ประกอบด้วยวารสารทางวิชาการ รายงานการวิจัย หนังสือ จำนวน 39 เล่ม บทความวิชาการ จำนวน 20 เรื่อง งานวิจัย จำนวน 53 ฉบับ และระเบียบนโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ[6,7] 2) ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ[8,9] 3) ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ[10,11] และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ[12,13] และปัจจัยประสิทธิผลของการจัดสิ่งแวดล้อมสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่

1) ผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ[14,15] 2) ผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ[8,16] และ 3) ประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของนักเรียนสูงอายุ[17,18] สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ปัจจัยเชิงสาเหตุ	ปัจจัยประสิทธิผล
1) ปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ	1) ผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ 3) ประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของนักเรียนสูงอายุ

1.1 ผลการศึกษาปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบตัวบ่งชี้ของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา 2) โครงสร้างการบริหารโรงเรียน 3) งบประมาณ สถานที่และวัสดุอุปกรณ์

1.2 ผลการศึกษาปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบตัวบ่งชี้ของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) คุณลักษณะของผู้บริหารและบุคลากรด้านสิ่งแวดล้อม 2) ภาวะผู้นำด้านสิ่งแวดล้อมของผู้บริหารและบุคลากร 3) พฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมของผู้บริหารและบุคลากร

1.3 ผลการศึกษาปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบตัวบ่งชี้ของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) หลักสูตรและเนื้อหา 2) สื่อและแหล่งเรียนรู้ 3) กระบวนการและวิธีการจัดการเรียนรู้

1.4 ผลการศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ พบตัวบ่งชี้ของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ความสนใจในการเรียนรู้ 2) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ 3) ความร่วมมือในกระบวนการกลุ่ม

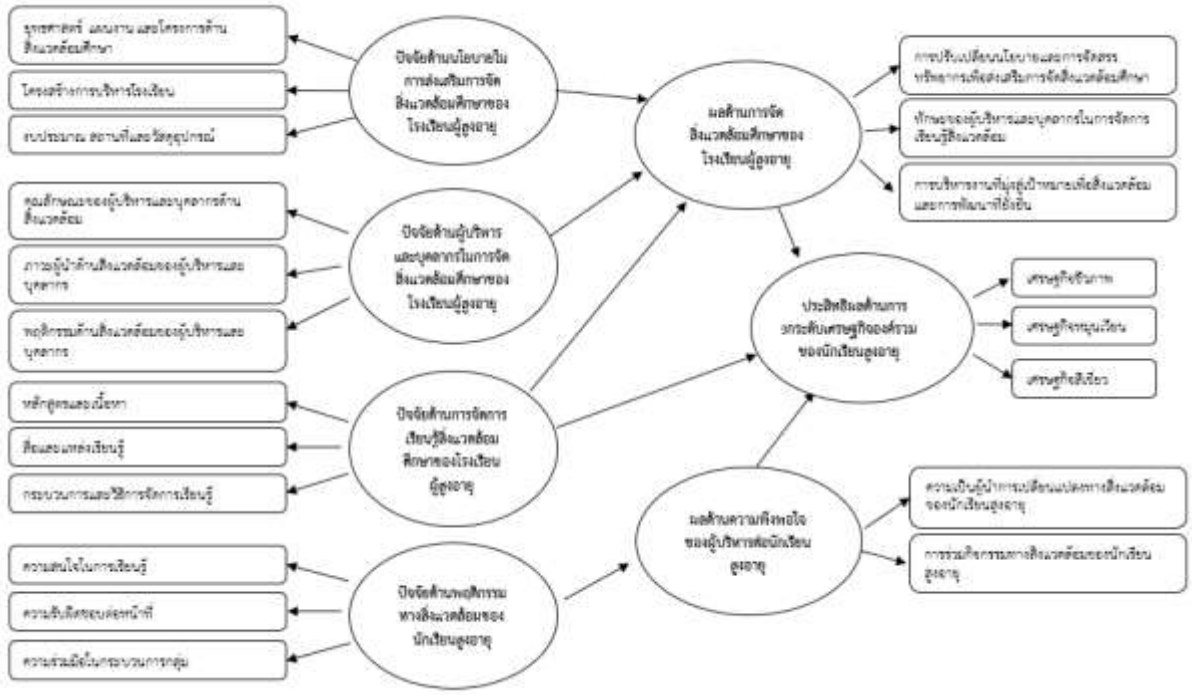
1.5 ผลการศึกษาผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบตัวบ่งชี้ ของประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อม 2) ทักษะของผู้บริหารและบุคลากรในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษา 3) การบริหารงานที่มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน

1.6 ผลการศึกษาผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ พบตัวบ่งชี้ของประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียน

สูงอายุ 2) การร่วมกิจกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ

1.7 ผลการศึกษาประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของนักเรียนสูงอายุ พบตัวบ่งชี้ประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) เศรษฐกิจชีวภาพ 2) เศรษฐกิจหมุนเวียน 3) เศรษฐกิจสีเขียว

2. ผลการศึกษาการสร้างรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนสูงอายุ จากการสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการคืนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิรายบุคคล ที่ประกอบด้วยปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 7 ปัจจัย เพื่อสร้างรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุกับปัจจัยประสิทธิผลทั้ง 7 ด้าน ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

โดยพบว่า ปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุส่งผลทางตรงต่อผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนผู้สูงอายุและส่งผลทางอ้อมต่อประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของนักเรียนสูงอายุ ขณะที่ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุก็ส่งผลทางตรงต่อผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุเท่านั้น และปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุส่งผลทางตรงต่อประสิทธิผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ และส่งผลทางอ้อมต่อประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวม

ของนักเรียนสูงอายุ ส่วนปัจจัยผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ และผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของนักเรียนสูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ สรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกลั่นกรองปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 7 ปัจจัย ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) ด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) ด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ และปัจจัยประสิทธิผล 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ และ 3) ประสิทธิผลของการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านงบประมาณสนับสนุน โครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม ทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้และทักษะที่จำเป็น การมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคมรวมถึงเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน และควรสอดคล้องกับค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้บริหาร เนื่องจากการจัดการเรียนรู้ มุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของผู้เรียน ทั้งด้านผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ดังนั้น การกำหนดทิศทางการจัดการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยบุคลากรของโรงเรียน ซึ่งได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนและครูผู้สอน ที่มีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับงานสิ่งแวดล้อมศึกษามาเป็นแนวคิดในการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักเรียนสูงอายุ และดึงศักยภาพของผู้สูงอายุที่สั่งสมมานาน จากประสบการณ์หรือภูมิปัญญาดั้งเดิม เพื่อให้นักเรียนผู้สูงอายุเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมในการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพ ทำงานอาสาสมัครหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และอาจทำงานนอกระบบเพื่อหารายได้เสริม จะทำให้ผู้สูงอายุมีเป็นบุคคลที่มีคุณค่า หรือเรียกว่ามีภาวะพฤฒพลัง[19] ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ในด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยและคุณลักษณะของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการศึกษา ซึ่งปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการเรียนรู้ ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากร ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้ และปัจจัยพฤติกรรมของผู้เรียนจึงมีความสำคัญ เช่นเดียวกันกับงานวิจัย[8] ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับโรงเรียน เช่น สภาพแวดล้อมของโรงเรียน เป็นต้น ปัจจัยเกี่ยวกับผู้บริหาร เช่น คุณลักษณะของผู้บริหาร พฤติกรรมการบริหาร และภาวะผู้นำของผู้บริหาร ปัจจัยเกี่ยวกับครู เช่น คุณลักษณะของครู และพฤติกรรมการสอน เป็นต้น และปัจจัยเกี่ยวกับนักเรียน เช่น พฤติกรรมการเรียน และเจตคติที่มีต่อการศึกษา เป็นต้น ดังนั้น การบริหารงานของสถานศึกษาหรือโรงเรียนจึงเป็น

หัวใจสำคัญของการบริหารจัดการที่ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ ครู และบุคลากรทางการศึกษา เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน หรือเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนต้องให้ความสำคัญกับการบริหารงานวิชาการและการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพและมีคุณลักษณะพึงประสงค์

ส่วนประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ และ 3) ประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์ของนักเรียนสูงอายุ ปัจจัยเหล่านี้เป็นผลสัมฤทธิ์ของการบริหารจัดการการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งประสิทธิผลของบุคคล และประสิทธิผลขององค์การ[20] โดยปัจจัยด้านผู้บริหาร ครู นักเรียน และโรงเรียน มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน และความพึงพอใจของครูและผู้ปกครองที่มีต่อนักเรียน[8] และการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติและเรียนรู้ด้วยตัวเอง ถือว่าเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิผลมากที่สุด[16]

2) จากการสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้ง 7 ปัจจัยข้างต้น โดยสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อปัจจัยทางอ้อมคือ ผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ ไปถึงปัจจัยผลคือ ประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์ของนักเรียนสูงอายุ

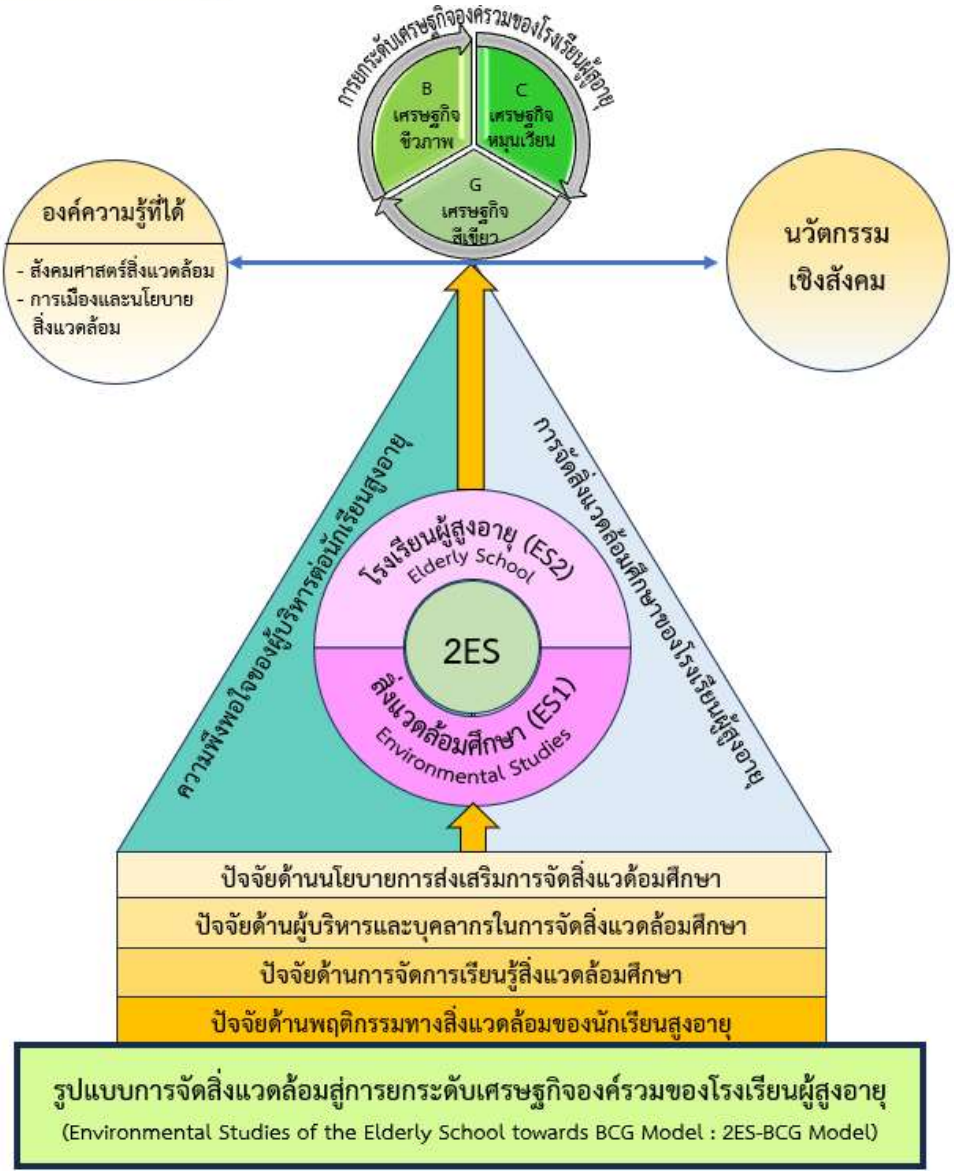
2.2 ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์ของนักเรียนสูงอายุ

2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อปัจจัยทางอ้อมคือ ผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ ไปถึงปัจจัยผลคือ ประสิทธิผลด้านการยกระดับเศรษฐกิจองค์ของนักเรียนสูงอายุ

2.4 ในปัจจัยทั้ง 7 ปัจจัยข้างต้น มีตัวแปรย่อยหรือองค์ประกอบของปัจจัย รวมทั้ง 20 ตัวแปรย่อย หรือตัวแปรสังเกตได้ ดังรายละเอียดที่ได้จากผลการศึกษา

ข้อค้นพบจากงานวิจัย

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นพบรูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังรูปที่ 1 และนำมาสร้างรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือ 2ES-BCG Model (**E**nvironmental **S**tudies of the **E**lderly **S**chools towards **BCG** Model ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 รูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ (Environmental Studies of the Elderly Schools towards BCG Model : 2ES-BCG Model)

ซึ่งมีองค์ประกอบของรูปแบบเริ่มต้นจากปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษา ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านนโยบายในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ด้านผู้บริหารและบุคลากรในการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) ด้านการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ และ 4) ด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ โดยใช้ศาสตร์สิ่งแวดล้อมศึกษา (ES1) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ (ES2) ทำให้เกิดประสิทธิผลต่อโรงเรียนผู้สูงอายุ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ผลด้านความพึงพอใจของผู้บริหารต่อนักเรียนสูงอายุ และ 3) ประสิทธิผลของการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือ BCG Economy Model ซึ่งได้แก่ เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy) เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) และเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะของการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงเรียนผู้สูงอายุควรจัดให้มีกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ให้นักเรียนสูงอายุได้มีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่มเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดผลด้านพฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อมของนักเรียนสูงอายุ เนื่องจากพบว่า นักเรียนสูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการในการร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น การเป็นอาสาสมัครปลูกป่า การร่วมกันในการจัดการขยะ การลดใช้น้ำในชุมชน เป็นต้น

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมแบบบูรณาการระหว่างโรงเรียนผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน และเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่ให้การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในการสร้างผลิตภัณฑ์เพื่อสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายและมีคุณค่ามากขึ้น เนื่องจากพบว่าส่วนมากโรงเรียนผู้สูงอายุจะจัดให้มีกิจกรรมสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจหมุนเวียน โดยการนำวัสดุเหลือใช้มาสร้างสิ่งประดิษฐ์ แต่ไม่พบความหลากหลายของสิ่งประดิษฐ์เหล่านั้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับของโรงเรียนผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.2 ควรวิจัยเพื่อพัฒนาการยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.สิน พันธุ์พินิจ ที่ให้คำชี้แนะเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการจัดสิ่งแวดล้อมศึกษาสู่การยกระดับเศรษฐกิจองค์รวมของโรงเรียนผู้สูงอายุ และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำชี้แนะและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ นักวิชาการ ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้แทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้แทนจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.สุรัสวดี จันทร์บุญนะ. ส่องสถานการณ์มลพิษสิ่งแวดล้อมปี 2566 ที่ส่งผลกระทบถึงปี 2567. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://library.parliament.go.th/th/radioscipt/rr2567-jan4

2.ยมนา ชนะนิล, พรชัย จูลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชขา. ภาวะพฤฒพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(2): 83-92.

3.กรมกิจการผู้สูงอายุ.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน). 2566. 128 หน้า. เข้าถึงได้จาก https://thaitgri.org/?p=40208

4 ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี และ ธนิกานต์ ศักดาพร. โรงเรียนผู้สูงอายุ: ชุดความรู้ การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ. กรุงเทพฯ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2560. 236 หน้า

5. สุวารีย์ ศรีปูณะ. สิ่งแวดล้อมศึกษากับการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี. 2566.

6. วริศรา อรุณกิตติพร. ปัจจัยการบริหารของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตราด. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561.

7. สุรชัย พรมปากดี. ปัจจัยทางการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารงานโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2565.

8. นฤมล เจริญพรสกุล. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. 2561.
9. สุพัตรา ขันทอง. แนวทางการพัฒนาประสิทธิผลการจัดการศึกษาของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำพูน เขต 2. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2562.
10. กุลิสรา จิตรชญาวณิช. การจัดการเรียนรู้. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2562.
11. วลิดา อุ่นเรือน และอังคณา อ่อนธานี. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ตามแนวทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการเรียนรู้ที่เน้นความแตกต่างระหว่างบุคคลสำหรับนักศึกษาครู. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2566; 25(1): 222-237.
12. พระครูพิสุทธิปัญญาภิวัฒน์ พระครูวศินวรกิจ พระครูพิจิตรวรเวท วิชิต ไชยชนะ และ นพวรรณ์ ไชยชนะ. การพัฒนารูปแบบและเครือข่ายการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยวิชาการ. 2565; 5(1) มกราคม-กุมภาพันธ์.
13. ลัดดาวรรณ เนานาดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยวสะหวันนะเขต. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยสกลนคร. 2565.
14. ไพโรจน์ ศาสนวิสุทธิ์. รูปแบบการถ่ายทอดนวัตกรรมชุมชนในการจัดการน้ำเสียของเครือข่ายสิ่งแวดล้อม จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. 2560.
15. บุญเรือง เลี้ยงรัตนชัยกุล. การพัฒนารูปแบบธนาคารต้นไม้ด้วยกระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษา ตำบลหันทราย อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. 2562.
16. ปวิชญา ผมงาม และ คึกฤทธิ์ ศิลาลาย. ความพึงพอใจของครูที่มีต่อการบริหารงานของผู้บริหารสถานศึกษากลุ่มโรงเรียนเมืองบางปู จังหวัดสมุทรปราการ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา สมุทรปราการเขต 1. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2564; 6(4): 110-112.
17. กัมปนาท บริบูรณ์ และมิ่งขวัญ คงเจริญ. โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบพึ่งตนเอง. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2564.
18. สขิล ลินสิงห์. การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้วิชาสังคมศึกษาโดยใช้ปรากฏการณ์เป็นฐาน เพื่อพัฒนาแนวคิด BCG Economy Model สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2565.
19. เล็ก สมบัติ และคณะ. ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2554.
20. ทิพวรรณ สำเภาแก้ว. ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต 2. วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์. 2560.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of nursing practice guidelines for patients with orthopedic surgery of operating room, Kasetwisai Hospital, Roi Et Province.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

โสภา ถวิล[1] ระพีภรณ์ ใจมั่น[1]
Sopha tawin[1] Rapeeporn Jaimun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ ทำการศึกษาระหว่างมกราคม- สิงหาคม 2567 เดือน รวมระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรห้องผ่าตัด จำนวน 22 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดการสนทนากลุ่ม แนวปฏิบัติผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ สื่อให้ความรู้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมการปฏิบัติผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ แบบประเมินความพึงพอใจการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหาแบบสามเส้า เชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ paired-t test

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย 5 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 3) พัฒนาสื่อเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 4) ประชาสัมพันธ์โครงการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อให้ทราบทั่วทั้งองค์กรและในพื้นที่ 5) ทบทวนบทบาทหน้าที่ขบวนการทำงานมอบหมายให้ชัดเจนและทำงานเป็นทีมมากขึ้นในการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ผลของรูปแบบส่งผลให้ความพึงพอใจผู้มารับบริการดีขึ้นอย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=9.26

คำสำคัญ: การพยาบาลห้องผ่าตัด, การผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ, การพัฒนาแนวปฏิบัติ

Abstract

This action research aimed to study the problems, develop and use it to develop nursing practice guidelines for patients undergoing orthopedic surgery. Study was conducted between January and August 2024, a total of 8 months. Qualitative sample included 22 operating room personnel, and quantitative sample included 32 patients undergoing orthopedic surgery. Research tools included open-ended focus group discussion questions, orthopedic surgery practice guidelines, educational media for orthopedic surgery, general data collection forms, orthopedic surgery suitability assessment forms, and orthopedic surgery satisfaction assessment forms. Qualitative data were analyzed using content triangulation, and quantitative data were analyzed using descriptive statistics. And compare before and after with paired-t test statistics.

Results of the study found that the development process of the practice guidelines consisted of 5 important formats as follows: 1) Develop a clinic to assess and prepare patients before anesthesia that provides orthopedic surgery. 2) Develop guidelines for orthopedic surgery patients. 3) Develop media and documents with advice for orthopedic surgery service recipients. 4) Publicize the orthopedic surgery project throughout the organization and in the area. 5) Review the roles and responsibilities of the work process, assign more clearly and work as a team more in orthopedic surgery service. The results of the formats resulted in significantly better satisfaction of service recipients at a statistical level of .05, t = 9.26.

Keywords: Operating room nursing, Orthopedic surgery, Practice guideline development

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

โรคกระดูกข้อเข่าเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญระดับโลก โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกต้นขาหักที่สูงขึ้น ในสหรัฐอเมริกา ปี 2561 พบผู้ป่วยโรคกระดูกข้อเข่า ประมาณ 250,000 ราย[1] โดยพบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยข้อเข่าทั้งหมด ประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกระดูกข้อเข่าและต้นขาหักจากอุบัติเหตุจราจร เป็นอันดับที่ 4 จากการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย 18 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน[2] การดูแลรักษาภายหลังจากการผ่าตัดยังไม่มีประสิทธิภาพที่ดีพอผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของกระดูกเลื่อนหลุดกระดูกอักเสบติดเชื้อ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ จนส่งผลให้เกิดความพิการหรือ ทุพพลภาพ กระทบต่อปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง ภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดเพื่อจัดชิ้น กระดูกหักให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้เกิด ความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังการรักษาที่ เหมาะสม ทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะที่เป็นปกติโดยเร็ว[3]

ผู้ป่วยที่มีเอ็นที่ข้อเข่าฉีกขาด หรือเอ็นไขว้หน้าฉีกขาด หรือหมอนรองเข่าฉีกขาด และต้องรักษาโดยการผ่าตัด โดยปกติต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า 3 วัน แต่จำนวนเตียงในโรงพยาบาลภาครัฐมักมีไม่เพียงพอต่อการให้บริการทำให้ผู้ป่วยต้องรอคิวผ่าตัดนานอย่างน้อย 6 เดือน[4] จำต้องมีการร่วมร่วมมือกับสหวิชาชีพเพื่อการผ่าตัดกระดูกและข้อ โดยมีการเริ่มนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2560 จำต้องมีการสังเกตุอาการหลังผ่าตัดอย่างน้อย 6 ช.ม. การผ่าตัดกระดูกและข้อเป็นระบบบริการรูปแบบใหม่ ในการดำเนินการพบปัญหา เการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม คัดเลือกผู้ป่วยไม่เหมาะสม ไม่มีเอกสารที่ใช้ในกานเริ่มผ่าตัด การมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลาย การมีขั้นตอนบริการที่ซับซ้อน การคัดเลือกผู้ป่วย[5] และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมรับการผ่าตัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดต่อไป การผ่าตัดกระดูกและข้อเริมมีแนวคิดในสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรและประเทศในยุโรป เป็นผู้ริเริ่มต้นแบบโดยเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วย โดยทำการรักษาในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ เป็นการผ่าตัดกระดูกและข้อในปี 2565 จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งในสหรัฐอเมริกา เพิ่มขึ้น ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยนอก ประเทศอังกฤษ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยนอก[6] ด้วยประเทศไทย อันเป็นผลจากระยะเวลารอการผ่าตัดนาน[7] ความจำกัดของจำนวนเตียงผู้ป่วยที่รับไว้ใน โรงพยาบาลค่าใช้จ่ายที่สูง ตลอดจนความจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ระยะเวลาโดยเฉลี่ย ของการพักรักษาหลังผ่าตัดในระบบบริการการผ่าตัดกระดูกและข้อ ระยะเวลาการผ่าตัดหรือหัตถการใน ACS อยู่ในช่วง 50 นาที ถึง 63 นาที และค่าเฉลี่ยระยะเวลาในหน่วยหลังผ่าตัด 51 + 3.8 นาที (Free-standing ASCs) ถึง 89 ± 2.9 นาที (Hospital-based ACS)[7] โดยประเทศไทยได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในสถานพยาบาลรัฐในกระทรวงสาธารณสุขในปี 2561 ประเทศไทยมีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ในหลายระบบ[8] ตั้งแต่ระยะเวลารอการผ่าตัด ความแออัดในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการนอนพักในโรงพยาบาล การเข้าถึงการบริการที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยได้น้อย กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการพัฒนาการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในหัตถการทั้ง 12 โรค ได้แก่ โรคไส้เลื่อนขาหนีบ โรคริดสีดวงทวาร โรคถุงน้ำอัณฑะ ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด กระเพาะอาหารขอด หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร ภาวะหลอดอาหารตีบ ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ นิ่วในท่อน้ำดี นิ่วในท่อตับอ่อน ภาวะท่อน้ำดีตีบ ภาวะท่อตับอ่อนตีบ โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน ในปี 2562 ได้เพิ่มรายการหัตถการเป็น 24 โรค และในปี 2565 ได้ขยายของเขตการดำเนินงานให้มีความครอบคลุมเป็น 67 โรค ในปี 2564 มีการให้บริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ

ประมาณ 40,000 ราย สามารถลดค่าใช้จ่าย ประมาณ 66 ล้านบาท[9]

โรงพยาบาลเกษตรวิสัย[10] เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ขนาด 60 เตียง ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายคือ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และโรงพยาบาลเมืองสรวง ทำให้มีแนวโน้มจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลผู้รับบริการผ่าตัดทุกประเภท ตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 2,999, 2,615, 2,298, 2,395 และ 2,632 ราย ตามลำดับ ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 53 ราย 71 ราย และ 88 ราย ตามลำดับ อัตราครองเตียงผู้ป่วยเฉลี่ยร้อยละ 71.63 ร้อยละ 81.97 ร้อยละ 63.77 ร้อยละ 97.5 และ 128.55 ตามลำดับ โรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จากนโยบายการขยายมาที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ มีความพร้อม มีแพทย์เฉพาะทาง ถึงแม้ว่า ในโรงพยาบาลชุมชน ผู้รับบริการไม่ต้องรอคิวนานเหมือนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อขยายโอกาสเพิ่มการเข้าถึงรายการ ในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล ซึ่งคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่รักษาและนอนในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ต้องเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล ต้องมีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดวันเดียวกลับ ผู้รับบริการอาจไม่มีความพร้อมในการรับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ในเชิงระบบนั้นต้องอาศัยการขับเคลื่อนอย่างเป็นกระบวนการโดยมีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดเป็นผู้จัดระบบบริการ และการพัฒนาด้านศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง[7] โรงพยาบาลเกษตรวิสัย ได้ดำเนินกิจกรรมหลักในการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างมีมาตรฐานตรงตามที่ทางกรมการแพทย์ได้มีการกำหนดขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดหรือทำหัตถการ การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และการติดตามผลการรักษาแต่ยังไม่มีการระบุรายละเอียดการดูแลในแต่ละขั้นตอนหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานที่สะดวกและปลอดภัย ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ได้รับการ นัดหมายแล้ว มีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดปี พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 6 ราย 9 ราย 5 ราย 6 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัยที่จะเข้ารับการระงับความรู้สึกในวันผ่าตัดนอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการระงับความรู้สึก จากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม โดยมักมีสาเหตุจากความไม่พร้อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ รวมถึงผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลเกินกว่า 24 ชั่วโมง แต่ยังไม่มีการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกแลข้อได้

จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว เนื่องจากเป็นกระบวนการใหม่และมีผู้ศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ให้สามารถดูแลตนเองได้ก่อนการผ่าตัด ลดการเลื่อนนัด ส่งเสริมให้พยาบาลดำเนินงานการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อได้อย่างมั่นใจ ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทำให้สามารถผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ มีแนวทาง

ปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกันร่วมกันกับสหวิชาชีพในโรงพยาบาล พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาระบบการให้บริการ ให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วย ทีมการดูแลผู้ป่วย องค์กร และชุมชนตามนโยบายผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2567 ถึง สิงหาคม 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวน 22 คน และ เชิงปริมาณ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 56 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยผ่าตัด ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด รวมทั้งสิ้น 22 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร ได้ผลการคำนวณ จำนวน 32 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดในการบริการผู้ป่วยข้อเข่าผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยผ่าตัด ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัด โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่มในประเด็นในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ นโยบายและเป้าหมายของการให้บริการผู้ป่วย ประเด็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ปัญหาในการบริการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ และข้อเสนอแนะในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ แนวคำถามเพื่อค้นหาปัญหาการดูแลสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อหารูปแบบในการพัฒนา

1.2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบที่ได้จากการระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม การทดลองใช้ จนได้กระบวนการ 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 3) พัฒนาสื่อเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 4) ประชาสัมพันธ์โครงการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อให้ทราบทั่วทั้งองค์กรและในพื้นที่ 5)

ทบทวนบทบาทหน้าที่ขบวนการทำงานมอบหมายให้ชัดเจนและทำงานเป็นทีมมากขึ้นในการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ

1.3 สื่อเอกสารให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ จัดทำโดยทีมผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการโรงพยาบาลและทีมสหวิชาชีพการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ได้แก่ เอกสารความรู้ เอกสารประกอบการอบรมแนะนำการปฏิบัติตัวหลังกลับบ้าน เอกสารแนะนำการปฏิบัติตามแนวทางการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ

1.4 แบบประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้านสำหรับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ (PADSS; Post Anesthetic Discharge Scoring System Score) ในหัวข้อสัญญาณชีพ การเคลื่อนไหว คลื่นไส้ อาเจียน ความปวด เลือดออกจากแผลผ่าตัด ที่ออกแบบมาใช้ร่วมกับผู้ป่วยใน พยาบาลวิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเหมาะสมในการปฏิบัติในการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อในเจ้าหน้าที่ 3) แบบการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการห้องผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความ ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความเหมาะสมในการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ความพึงพอใจห้องผ่าตัด โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความเหมาะสมในการปฏิบัติ คะแนนความพึงพอใจ ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด โดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูล รวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. บริบท สถานการณ์ สภาพปัญหาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) **เชิงคุณภาพ** โรงพยาบาลเกษตรวิสัยมีห้องผ่าตัด 4 ห้องแต่สามารถเปิดบริการใช้ได้จริง 4 ห้อง ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ เช่นผ่าตัดมะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม ผ่าตัดคลอด ผ่าตัดกระดูกและข้อ ผ่าตัดผ่านกล้องแบบ MIS เป็นต้น ผ่าตัดเล็กเช่น การผ่าตัดตกแต่งบาดแผล

ผ่าตัด Excision และส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร(EGD, Colonoscopy) ได้ตลอด 24 โรงพยาบาลเกษตรวิสัยต้องได้รับการประเมินจากกรมการแพทย์ และต้องดำเนินกิจกรรมหลัก การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อมีมาตรฐานตรงตามที่ทางกรมการแพทย์ได้มีการกำหนดขั้นตอนหลักของการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ การมารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการในโรงพยาบาล การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และการติดตามผลการรักษาแต่ยังไม่มีการระบุรายละเอียดการดูแลในแต่ละขั้นตอนหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานที่สะดวกและปลอดภัย ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัยที่จะเข้ารับการระงับความรู้สึกในวันผ่าตัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการระงับความรู้สึก จากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม โดยมักมีสาเหตุจากความไม่พร้อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ รวมถึงจำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลเกินกว่า 24 ชั่วโมง สะท้อนให้เห็นว่าระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด ยังมีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของแพทย์และทีมผ่าตัด เช่น แพทย์ติดภารกิจอื่นหรือเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการผ่าตัดไม่พร้อม ทำให้การผ่าตัดไม่เป็นไปตามแผนทำให้การดำเนินการผ่าตัดล่าช้า หรือมีการเลื่อนการผ่าตัดจะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยและโรงพยาบาล เพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่โดยไม่จำเป็น งานพยาบาลที่หอผู้ป่วยนอกเพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ แต่ยังไม่มีการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการกูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ชัดเจน **เชิงปริมาณ** โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ขนาด 60 เตียง ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ข้อมูลผู้รับบริการผ่าตัดทุกประเภท จากสถิติในปี 2563-2565 จำนวน 2,298, 2,395 และ 2,632 ราย ตามลำดับ ผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก จากสถิติในปี พ.ศ. 2563-2565 พบ จำนวน จำนวน 38 ราย 45 ราย และ 56 ราย ตามลำดับ อัตราครองเตียงผู้ป่วยเฉลี่ย ร้อยละ 63.77 ร้อยละ 97.5 และ 128.55 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้าโครงการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ได้รับการ นัดหมายแล้วมีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด จากสถิติในปี พ.ศ. 2563-2565 พบ จำนวน 5 ราย 6 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ในการผ่าตัดใหญ่ 1 ทีมใช้พยาบาลผ่าตัด 3 คน ในเวลาราชการเปิดผ่าตัดได้ 3 ห้องและนอกเวลาราชการเปิดผ่าตัดได้ 2 คน นอกจากนั้นเรายังเปิดให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 จนถึงปัจจุบัน และรับทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ โดยการทำ colonoscopy ทั้งในเขตอำเภอเกษตรวิสัยและอำเภอข้างเคียงเช่นจากอำเภอปทุมรัตต์ อำเภอจตุรพัตรพิมาน อำเภอหนองฮี และอำเภอพนมไพร ข้อมูลทั่วไปเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด จำนวน 22 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน ร้อยละ 90.91 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 2 คน ร้อยละ 9.09 ช่วงอายุส่วนมากมีอายุ 21-30 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 40.91 รองลงมา อายุ 31-40 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 31.82 และ อายุ 41-50 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 27.27 ตามลำดับ ส่วนมากเป็นพยาบาล จำนวน 11 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาพยาบาลวิสัญญี จำนวน 6 คน ร้อยละ 27.27 และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน ร้อยละ 22.73 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากปริญญาตรี จำนวน 17 คน ร้อยละ 77.27 ตามลำดับ รองลงมา มัธยมศึกษา จำนวน 5 คน ร้อยละ 22.73 การได้รับการอบรมผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ส่วนมากเคยได้รับการอบรม จำนวน 17 คน ร้อยละ 77.27 และไม่เคยได้รับการอบรมจำนวน 5 คน ร้อยละ 22.73 ตามลำดับ

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) **Plan** การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์บริบท พัฒนารูปแบบที่ได้จากการระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม การทดลองใช้ จนได้กระบวนการ 3 รูปแบบเบื้องต้น ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 3) พัฒนาสื่อเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ **Do & Check** จากการนำไปปฏิบัติ ถอดบทเรียนพัฒนาวงรอบที่ 1 จากการวิเคราะห์ปัญหา การดำเนินงานของรูปแบบในระยะแรก การปฏิบัติร่วมกันยังทำได้น้อน การสร้างรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ยังพบอุบัติการณ์เลื่อนนัด และความพึงพอใจยังน้อยอยู่ จึงปรับให้กระบวนการมีความกระชับ พบแพทย์ให้เร็วขึ้น และเพิ่มการแนะนำให้คำปรึกษาให้รวดเร็วมากขึ้น **Action** จากการปฏิบัติ ถอดบทเรียนวงรอบที่ 2 ได้มีการเพิ่มกระบวนการเพื่อลดการเลื่อนนัด และการเข้าถึงบริการมาอีก รวมเป็น 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 3) พัฒนาสื่อเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 4) ประชาสัมพันธ์โครงการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อให้ทราบทั่วทั้งองค์กรและในพื้นที่ 5) ทบทวนบทบาทหน้าที่ขบวนการทำงานมอบหมายให้ชัดเจนและทำงานเป็นทีมมากขึ้นในการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (วัตถุประสงค์ ข้อที่ 3)

3.1 ผลการพัฒนาความเหมาะสมในการปฏิบัติในพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนพัฒนาผลการพัฒนาความเหมาะสมในการปฏิบัติของพยาบาลผ่าตัดในการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในด้าน การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก คะแนนเฉลี่ย 3.56 (S.D.1.62) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือการบันทึกทางการพยาบาลการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก คะแนนเฉลี่ย 3.38 (S.D.1.39) อยู่ในระดับปานกลาง และระยะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก คะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน (S.D.1.26) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ หลังพัฒนาผลการพัฒนาความเหมาะสมในการปฏิบัติของพยาบาลผ่าตัดในการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในด้านระยะให้บริการการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก คะแนนเฉลี่ย 3.74 คะแนน (S.D.1.48) อยู่ในระดับมาก รองลงมาระยะหลังให้บริการการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในห้องฟักฟื้น (PACU) คะแนนเฉลี่ย 3.72 คะแนน (S.D.1.46) อยู่ในระดับมาก และระยะก่อนให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก คะแนนเฉลี่ย 3.69 คะแนน (S.D.1.42) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

3.2 ผลการพัฒนาความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนพัฒนาผลการพัฒนาความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ พบว่า คะแนนมากที่สุดในด้าน การวางแผนการรักษาผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ คะแนนเฉลี่ย 2.78 (S.D.1.28) อยู่ในระดับปาน

กลาง รองลงมาด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการศัลยกรรมกระดูกและข้อ คะแนนเฉลี่ย 2.63 (S.D.1.26) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ คะแนนเฉลี่ย 2.58 คะแนน (S.D.1.24) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ หลังพัฒนาผลการพัฒนาความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ พบว่าคะแนนมากที่สุดในด้านการประเมินผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ คะแนนเฉลี่ย 3.71 (S.D.1.36) อยู่ในระดับมาก รองลงมาด้านการวางแผนการรักษาผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ คะแนนเฉลี่ย 3.69 คะแนน (S.D.1.34) อยู่ในระดับมาก และด้านการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ คะแนนเฉลี่ย 3.67 คะแนน (S.D1.42) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

3.3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมข้อกระดูก การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมข้อกระดูก ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เฉลี่ย 2.61 คะแนน (S.D.1.25) อยู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.62 คะแนน (S.D.1.38) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า P-value < 0.05 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างความพึงพอใจผู้มารับบริการ ก่อน-หลังพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (n=65)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		df	t	p-value	95%CI	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				lower	upper
ความพึงพอใจ	2.61	1.25	3.62	1.38	1.01	9.29	<.0001	-11.82	-10.89

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ หรือทำหัตถการ การพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ และการติดตามผลการรักษาแต่ยังไม่มีการระบุรายละเอียดการดูแลในแต่ละขั้นตอนหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานที่สะดวกและปลอดภัย ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากยังไม่ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัยในบางข้อ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม โดยมักมีสาเหตุจากความไม่พร้อมของร่างกาย หรือโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลมากเกินกว่า 24 ชั่วโมง สะท้อนให้เห็นว่าระบบการพยาบาลผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ สอดคล้องกับ นวลจันทร์ คูสุวรรณ์[11]

การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 5 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2) พัฒนาแนวทางการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 3) พัฒนาสื่อเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ 4) ประชาสัมพันธ์โครงการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อให้ทราบทั่วทั้งองค์กรและในพื้นที่ 5) ทบทวนบทบาทหน้าที่ขบวนการทำงานมอบหมายให้ชัดเจนและทำงานเป็นทีมมากขึ้นในการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ สอดคล้องกับ บุญเรียง พิสมัย และคณะ[12]

ผลการใช้แนวปฏิบัติส่งผลให้ความเหมาะสมของการปฏิบัติในพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อดีขึ้น ความพึงพอใจผู้มารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อดีขึ้น เนื่องจากแนวปฏิบัติ ดังกล่าว ช่วยลดอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด ส่งเสริมระบบอุปกรณ์ที่จำเป็นในการผ่าตัด ลดภาระงานให้เจ้าหน้าที่โดยไม่จำเป็น การพยาบาลที่หอผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ ช่วยพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อมีความชัดเจน สอดคล้องกับ ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุล และคณะ[13]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวปฏิบัติการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ ควรปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง โดยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมทำงานเป็นทีม การสร้างเสริมความรู้พยาบาล และการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด สร้างความพึงพอใจอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่พบอุบัติการณ์เลื่อนนัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความพึงพอใจน้อย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษา คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัยในการให้พื้นที่ในการศึกษา รวมถึง เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยห้องผ่าตัดในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือตลอดโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Jeong Han Lee. Anesthesia for ambulatory surgery [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 22]. Available from: https:///pmc/articles/PMC5548941/
2. Atkinson, L., & Nancy, H. F. (2012). Operating room technique (12thed). New York: Mosby.
3. ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2566. สืบค้น 8 สิงหาคม 2567.จาก https://hdcservice.moph.go.th
4. ยุวดี วัดแก้ว และอาภา เติมเกาะ. ผลการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี:โรงพยาบาลเพชรบุรี. 2551.
5. จารุณี ตั้งใจรักการดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561; 3(1): 1-6.
6. ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม. สืบค้นจาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160610146554495425.Pdf.
7. ปรียาภรณ์ แหวนเงิน. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลปรางค์กู่. งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลปรางค์กู่, 2566.
8. บทความสุขภาพ.เตรียมตัวให้พร้อมก่อนการผ่าตัด.โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนลคลินิก,2562.

9. วิลาวัณย์ นาคปลัค. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสาหรับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา-บัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา. 2562.
10. งานเวชระเบียน, สถิติงานห้องผ่าตัดการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเกษตรวิสัย, 2566–2567.
11. นวลจันทร์ คูสุวรรณ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2565; 9(1), 77-96.
12. บุญเรียง พิสมัย และคณะ. กระบวนการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องข้อเข่า แบบ One Day Surgery. โปสเตอร์พรีเซนท์เทชั่นงานมหกรรมคุณภาพงาน ครั้งที่ 29. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2565.
13. ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุล และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2565; 29(1), 221-238.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่

The effectiveness of a nursing program in terminal ill patients, Wangchin Hospital, Phrae Province.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

วิภาวรรณ ปวงขจร [1] อมรพันธุ์ สมร [2] หัสยาพร อินทยศ [3]
Wiphawan Puangkhachon [1] Amornpan Samorn [2] Hutsayaporn Intayos [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อการเตรียมการตายอย่างสงบในผู้ป่วยระยะท้าย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะท้าย 2) แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย Palliative Performance Scale 4) แบบประเมินความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายรายด้าน Edmonton Symptom Assessment System 5) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.75-0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย 1) ค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย โดย Palliative Performance Scale เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการรวบกวน โดยใช้ Edmonton Symptom Assessment System: ESAS ทั้งหมด 10 อาการ มีความรุนแรงของอาการรบกวน น้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ 4) ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความพึงพอใจระดับมาก

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล, ผู้ป่วยระยะท้าย

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a nursing intervention program on peaceful death preparedness among terminally ill patients. Thirty people were selected as a purposive sample. The instruments for experimenting were the nursing program for the terminally ill patients created by the researcher. The data collecting tools were 1) a demographic questionnaire for terminal ill patients form. 2) a questionnaire for assessing peaceful death. 3) The Palliative Performance Scale from. 2) The Edmonton Symptom Assessment System.5) a satisfaction evaluation from terminal ill patients family. The reliability index was 0.75-0.95. The data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Rank Test.

The results indicated that after intervention: 1) the mean scores of peaceful death perception were significantly higher after the intervention ($p < 0.05$); 2) the mean scores of functional ability, as measured by the Palliative Performance Scale, showed a statistically significant improvement ($p < 0.05$); 3) the mean scores of symptom severity, as measured by the ESAS across 10 symptoms, were significantly lower than those before the nursing intervention program ($p < 0.05$); and 4) the degree of family satisfaction with end-of-life care was reported to be high. The findings suggest that the nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่
[2] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่
[3] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่

intervention program is effective in enhancing functional capacity, promoting a peaceful death perception, improving symptom management, and promoting family satisfaction as it involves the care of patients who are close to death.
Keywords: Nursing program, Terminal ill patients

บทนำ

ปัจจุบันระบบสาธารณสุขได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตได้นานขึ้น และเมื่อการดำเนินโรคมาสู่ระยะท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายหลายโรคต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และผอมแห้ง ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ความกลัว ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน สวัสดิการ การจ้างงาน และยังต้องเผชิญกับภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรค และการเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม[1] ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสภาวะของของโรคอยู่ในระยะ ลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีวิธีรักษาให้หายได้หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับวิธีการรักษาทุกอย่างที่มีอยู่ในขณะนั้นในการรักษาให้หายแต่ไม่เป็นผล ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตน้อย ซึ่งวิธีการที่ช่วยบรรเทาและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายคือ การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวม ตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[2] คณะอนุกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองกำหนดแผนการดำเนินการตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก โดยให้การดูแล 6 ด้าน คือ 1) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายในการดูแล คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[3] จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นให้การลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ให้การรักษาเท่าที่จำเป็น ไม่เหนี่ยวรั้งหรือเร่งรัดความตายจนเกินกว่าเหตุให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ โดยให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก มิใช่ตัวโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลครอบคลุมถึงผู้ใกล้ชิด/ครอบครัว ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และหลังเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยได้มีช่วงเวลาในชีวิตที่สงบ

การตายสงบ (peaceful death) หรือการตายดี (good death) เป็นการดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างคา แสดงเจตนารมณ์ของตนเองได้ว่า ต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ ศรีความเป็นมนุษย์[4] วิธีการหนึ่งที่นิยมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายเกิดการตายดี คือ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของรูแลนด์ และมอร์[5] ซึ่งพัฒนาจากมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการทบทวนเอกสารและจากความรู้ส่วนบุคคล ร่วมกับ

ประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก วิเคราะห์องค์ประกอบทำให้เกิดโครงสร้าง กระบวนการ และผลของการดูแล นำมาพัฒนาเป็นทฤษฎีที่พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายจะมีชีวิตที่สงบได้ ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ 1) การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) 3) ดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ 4) ดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace) และ 5) ดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) โดยมีจุดเน้นที่ทำให้ชีวิตสงบและอยู่อย่างมีความหมายในเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ สำหรับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเฉพาะช่วงเวลาที่ใกล้ตายเพียงอย่างเดียว ซึ่งหลายงานวิจัยได้นำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายและมีผลลัพธ์การดูแลดีขึ้นโดยเฉพาะด้านการดูแลและการจัดการอาการปวด การจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย[6] การได้ระบายความรู้สึก และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า ผู้ป่วยและญาติมีมีความมั่นใจในการดูแลเนื่องจากมีการติดตามเยี่ยมจากทีมสุขภาพและเครือข่ายชุมชนของตนเอง เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจในการให้การดูแลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ในระดับมาก[7]

สถิติผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565- 2567 มีจำนวน 47 69 และ 71 ราย ตามลำดับ[8] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในปัจจุบันมีรูปแบบการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ สำหรับด้านการพยาบาลมีแนวทางการให้พยาบาลปฏิบัติ จากการทบทวนผลการปฏิบัติที่ผ่านมาพบปัญหาด้านการพยาบาล คือ การประเมินผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมตามปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์ และ มอร์[5] และในพื้นที่ของอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ยังไม่มีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพที่จะส่งเสริมให้ ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาครอบคลุมทั้งปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งได้รับการดูแลความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของ รูแลนด์และมอร์[5] สร้างเป็นโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่คลอบคลุม มีความสงบ และมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อการเตรียมการตายอย่างสงบในผู้ป่วยระยะท้าย

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาได้มาจากการสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลวังชิ้น ในเดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน 2568 และผู้ดูแล โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G * Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบและค่าอิทธิพลจากตัวแปรที่ศึกษาจากงานวิจัย ของพัชรีรัตน์ อันสีแก้ว[9]โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหาย

ของกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10^{10} ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจำนวน 30 ราย และญาติผู้ดูแล จำนวน 30 ราย

เกณฑ์คัดเข้า 1) อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย 3) มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1) มีอาการของโรคที่ทรุดหนักลุกลาม จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาที่อื่น 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลได้ครบทุกขั้นตอน 3) เสียชีวิตในระหว่างทำการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้สร้างแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ ในการรักษาพยาบาล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) ได้จากการทบทวนวรรณกรรมตามบริบทของประเทศไทย ซึ่งหัวข้อในแบบประเมินจะครอบคลุมการรับรู้การตายสงบทั้ง 5 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านสถานที่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด กระทั่งถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบโดยรวม แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบอยู่ในระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับมาก

2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับน้อย

1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative care Performance Scale for Adult Suandok ;PPS-Adult Suandok)[11] มีการให้ค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0-100

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายรายด้าน Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆที่มี ณ เวลาที่ประเมิน ประกอบไปด้วย 9 อาการ ได้แก่ 1) อาการปวด 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 3) อาการคลื่นไส้ 4) อาการซึมเศร้า 5) อาการวิตกกังวล 6) อาการง่วงซึม 7) อาการเบื่ออาหาร 8) ความไม่สบายกายใจ 9) อาการเหนื่อยหอบ 10) ปัญหาอื่นๆ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก กระทั่งถึง 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของ

ครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มีความพึงพอใจมาก

3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ มีความพึงพอใจ

2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ รู้สึกเฉย ๆ

1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ไม่มีความพึงพอใจ

1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ไม่มีความพึงพอใจมาก

ขั้นตอนการศึกษา การวิจัยนี้ดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การเตรียมการวิจัย ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยระยะท้าย แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และระเบียบวิธีวิจัย จัดทำเค้าโครงวิจัย และขอเลขอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. ดำเนินการ “โปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่” จำนวน 8 ครั้ง ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทำแบบสอบถามและนำผลมาประเมินเพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เฉพาะกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือพร่องไปมากที่สุด ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน มอบ “คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้การดูแล” และจัดกิจกรรมการดูแลตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายที่สงบ ประกอบด้วย 1) การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) 3) การดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ 4) การดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace) และ 5) การดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ติดตามประเมินผลการให้การพยาบาล และจัดกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ครอบคลุมองค์ 5 องค์ประกอบ ตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายที่สงบที่ได้อธิบายไว้ในครั้งที่ 2 ครั้งที่ 4-5 (สัปดาห์ที่ 4-5) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร พยาบาลจิตเวช และแพทย์แผนไทย รวมทั้งเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่นพระภิกษุสงฆ์ ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกด้าน ทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ ครั้งที่ 6-7 (สัปดาห์ที่ 6-7) ผู้วิจัยติดตามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หรือผ่านระบบ Line Application และให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ หลังการทดลอง ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 8) ทำแบบสอบถามอีกครั้ง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลและสรุปผลและจัดทำรายงาน พร้อมข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวบข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเตรียมรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย 2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ กับผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน

วิจัย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ทราบ และอธิบายให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจ เต็มใจประเมินการรับรู้การตายสงบ, PPS, ESAS และนัดหมายวันเวลาเยี่ยมที่เหมาะสมครั้งต่อไป และนำข้อมูลการประเมินมาคัดกรองเบื้องต้น เพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เฉพาะกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือพร่องไปมากที่สุด 3) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล และจัดกิจกรรมการดูแล ตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายที่สงบ (1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด โดยการใช้ยาควบคู่ไปกับการไม่ใช้ยาตามความเหมาะสม (2) การดูแลให้มีประสบการณ์ของความสุขสบาย เช่นอาการที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย เหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย หายใจไม่สะดวก อาการเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ ท้องผูก เป็นต้น โดยจัดการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความสุขสบาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (3) การดูแลให้สมศักดิ์ศรีการเป็นมนุษย์ และได้รับการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่วางไว้ โดยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเลือกวิธีหรือแผนการรักษาด้วยตนเอง สอบถามถึงสิ่งที่คั่งค้างในใจ และความปรารถนาในวาระสุดท้าย โดยให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนช่วยในการจัดการและทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (4) การอยู่ในความสงบ โดยดูแลพูดคุยและสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้พยาบาลรู้จักผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งจะพัฒนาทำให้เกิดเป็นความไว้วางใจ หรือความศรัทธาให้เกิดขึ้นเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ร่วมกับประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายมาใช้ในการดูแล ประเมินอารมณ์ ทั้งภาวะเศร้าใจ วิตกกังวล หดหู่ เพื่อจัดการอารมณ์เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ตามความเชื่อความศรัทธา เช่นการทำสมาธิ สวดมนต์ แผ่เมตตา และดูแลการใช้ยาลดความวิตกกังวลตามแผนการรักษาของแพทย์ (5) การดูแลให้อยู่ในความสงบมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและเตรียมบุคคลที่รักและผูกพันธ์เมื่อใกล้เสียชีวิต โดยสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ดูแลได้อยู่กับผู้ป่วย เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ปลอบประโลม สัมผัสเคียงข้างผู้ป่วย 4) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวช และแพทย์แผนไทย รวมทั้งเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่นพระภิกษุสงฆ์ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 5) ติดตามเยี่ยมทาง Line Application หรือ โทรศัพท์ ทบทวนเกี่ยวกับเป้าหมายและสอบถามปัญหาและให้การดูแลตามแนวทางข้อที่ 3 6) ผู้วิจัยประเมินการรับรู้การตายสงบ, PPS, ESAS และประเมินความพึงพอใจ รวมถึงกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พยาบาลที่เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาล และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระท้าย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 15 คน ในพื้นที่ของโรงพยาบาลสูงเม่น วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการหา Alpha Coefficient ของแบบประเมินการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย (ESAS) และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 0.75 0.82 0.95 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) ความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย (PPS) และอาการในผู้ป่วยระยะท้ายรายด้าน (ESAS) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เอกสารรับรองโครงการ เลขที่ PPH No. 011/2568 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยระยะท้าย 30 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 อยู่ในช่วงอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 33.3 รองลงมา ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 30.00 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.68 มีรายได้ต่อเดือน 1000 - 3000 บาท ร้อยละ 66.66 ด้านสิทธิการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.34 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 46.66 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.33 ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด รองลงมาคือผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 16.67

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n=30)

ตัวแปร	Mean (SD)	Median (Iqr)	z	Sum of Ranks	p-value (1-tailed)
การรับรู้การตายสงบก่อนการทดลอง	69.77 (9.54)	71 (10.75)	-4.785	465.00	0.000*
การรับรู้การตายสงบหลังการทดลอง	90.00 (8.50)	89.50 (10.75)			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Iqr = Interquartile range, * = $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้การตายสงบก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 69.77 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 71 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 10.75 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 90 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 89.50 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 10.75 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้การตายสงบ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย Palliative Performance Scale: PPS ก่อนและหลังทดลอง

ผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ผลการทดสอบพบว่าตัวแปรทั้งหมดมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบ PPS ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n=30)

ตัวแปร	Mean (SD)	Median (Iqr)	z	Sum of Ranks	p-value (1-tailed)
PPS ก่อนการทดลอง	48.00 (11.861)	50.00 (20.00)	-3.879	153.00	0.00*
PPS หลังการทดลอง	54.67 (13.830)	50 (20.00)			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Iqraa = Interquartile range, * = p < 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ค่า PPS ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 48 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 20 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 54.67 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 50 ค่าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 20 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าหลังการทดลองมี PPS มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายรายด้าน ESAS ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบ ESAS ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (n=30)

ตัวแปร	Mean (SD)	Median (Iqr)	z	Sum of Ranks	p-value (1-tailed)
ESAS ก่อนการทดลอง	6.97 (2.200)	8.00 (4)	-4.784	465.00	0.00*
ESAS หลังการทดลอง	3.43 (2.269)	4 (4)			

หมายเหตุ SD = Standard deviation, Iqr = Interquartile range, * = p < 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ค่า ESAS ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 6.97 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 8 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 4 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต เท่ากับ 3.43 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 ค่าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 4 เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าหลังการทดลองมี ESAS น้อยว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลระยะท้ายมีความพึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26

สรุปและอภิปรายผล

ด้านการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) พบว่าการรับรู้การตายสงบของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ[13]วราภรณ์ อ่อนอนงค์ (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลระยะ

ท้ายของชีวิตที่สงบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบหลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย โดยใช้ PPS ของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด และพบว่าในการศึกษาของ[14] อัคนีวุธ วงค์ชมภู (2567) ที่ได้ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก พบว่าจากการศึกษาพบว่า ผลการประเมินคะแนน Palliative care Performance Scale (PPS) ลดลง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 แสดงว่าความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยลดลง แต่ผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง (POS) มีค่าคะแนนต่ำลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา หรือความต้องการ คะแนน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ลดลง แสดงว่าผู้ป่วยมีความ ทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ทั้งอาการปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ 9Q, 8Q ลดลง ผู้ป่วยไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย

ด้านอาการรบกวน พบว่าระดับความรุนแรง โดยใช้ ESAS ของกลุ่มตัวอย่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ [11]อังคณา บำรุงหมู่ และ ละเอียด ทำเพียร (2564) ที่พบว่าผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาล มีผลต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า มีความพึงพอใจระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ[12]กฤษณา นิลบดี (2565) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 81.00)

ผลจากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้าย ตามแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของรูแลนด์ และมอร์[5] (Ruland & Moore, 1998) ซึ่งครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ 1) การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย 3) ดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และได้รับการตอบสนองต่อเจตนารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ 4) ดูแลอยู่ในความสงบ และ 5) ดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน ทำให้อาการรบกวนที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะท้ายลดลงได้ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ ความวิตกกังวล และซึมเศร้า และปัญหาอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อ ผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการรบกวนต่าง ๆ ลดลง มีความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การตายสงบมากขึ้นอีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ดี ไม่ทุกข์ทรมาน ได้อยู่ใกล้ชิดบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ญาติ ครอบครัว หรือผู้ดูแล มีความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง จนถึงระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงใกล้เสียชีวิต และขณะเสียชีวิต และภายหลังการเสียชีวิต ซึ่งอาจจะประเมินในผู้ดูแล ครอบครัว และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติและทุกระยะของชีวิต

2. หากเป็นการศึกษาเชิงทดลองในลักษณะเดียวกัน ควรมีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อที่จะได้เปรียบเทียบให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการแบบ Palliative Care. ใน: กิติพล นาควิโรจน์, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. กรุงเทพฯ: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2559. หน้า 3-7.

2.ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2561;13(1):25-36.

3.กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูถัมภ์; 2563.

4.สายสิริ อิสรชาญวาณิชย์. ตายดี เตรียมได้ การวางแผนการดูแลในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต; 2559.

5.Ruland CM, Moore SM. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nursing Outlook. 1998;46(4):169-75.

6.กิตติกร นิลมานัต, กัลยา แซ่ชิต. ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(3):51-66.

7.กัลยารัตน์ วรรณวงศ์, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กาญจนา ดาวประเสริฐ, รัตนาภรณ์ รักชาติ. การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ: การวิจัยและพัฒนา. วารสารกองการพยาบาล. 2564;48(2).

8.โรงพยาบาลวังชิ้น. สถิติผู้ป่วยดูแลประคับประคอง อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. แพร่: โรงพยาบาลวังชิ้น; 2568.

9.พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.

10.Burns N, Grove S. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

11.คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palialive/?Page_id=19

12.วราภรณ์ อ่อนอนงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.

13.อัคนีวุธ วงค์ชมภู. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2567;2(2).

14.อังคณา บำรุงหมู่, ละเอียด ทำเพียร. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแล. โรงพยาบาลน่าน. 2564.

15.กฤษณา นิลบดี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. 2565.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ผลของการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน โรงพยาบาลลำปาง

Effects of Participatory Management on Support Staff Management Efficiency at Lampang Hospital.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

ธีรินทร์ เกตุวิชิต[1] นิธิศ ใจปลา[2] สุกฤษฎิ์ พิไสย[3]
Teerin Ketvichit[1] Nitis Jaipla[2] Sukrid Phisai[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One group pre-post test) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลลำปาง โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการตัดสินใจ ก่อนและหลังการใช้แนวทาง รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 45 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามประเภทงาน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมตามกรอบแนวคิดของ Yukl (2020) ที่เน้น 4 มิติหลัก และแบบวัดประสิทธิภาพการบริหารจัดการมาตราส่วน 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม บุคลากรสายสนับสนุนมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.96 (S.D.=0.56) เป็น 4.22 (S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการวางแผน เพิ่มขึ้นจาก 3.02 เป็น 4.18 ด้านการสื่อสารเพิ่มขึ้นจาก 2.89 เป็น 4.25 ด้านการทำงานร่วมกันเพิ่มขึ้นจาก 3.15 เป็น 4.33 และด้านการตัดสินใจเพิ่มขึ้นจาก 2.78 เป็น 4.12 นอกจากนี้ยังพบการปรับปรุงในเชิงปริมาณ ได้แก่ เวลาการตัดสินใจลดลงร้อยละ 44 สมาชิกทีมมีข้อเสนอแนะเพิ่มขึ้นร้อยละ 96 และการเข้าร่วมประชุมเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 บุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.31, S.D.=0.52)

คำสำคัญ: การบริหารแบบมีส่วนร่วม, บุคลากรสายสนับสนุน, ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ, โรงพยาบาล

Abstract

This research was quasi-experimental type, single-group, repeated-measures study. The objective was to study the effects of participatory management approach on the management efficiency of support staff at Lampang Hospital. The study compared efficiency in four dimensions: planning, communication, teamwork, and decision-making before and after implementing the approach, as well as investigated staff satisfaction with the participatory management approach. The sample consisted of 45 support staff members selected through stratified random sampling based on job categories. Research instruments included the participatory management approach based on Yukl's (2020) conceptual framework emphasizing four key dimensions, and a five-point Likert scale questionnaire for measuring management efficiency. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

[1] นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง
[2] นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง
[3] นิติกรปฏิบัติการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง

The results showed that after implementing the participatory management approach, support staff demonstrated significantly improved management efficiency across all dimensions ($p < 0.001$). The overall mean score increased from 2.96 (S.D. = 0.56) to 4.22 (S.D. = 0.42). By dimension, planning increased from 3.02 to 4.18, communication from 2.89 to 4.25, teamwork from 3.15 to 4.33, and decision-making from 2.78 to 4.12. Additionally, quantitative improvements were observed: decision-making time decreased by 44%, team member suggestions increased by 96%, and meeting attendance increased by 35%. Staff satisfaction with the participatory management approach was at the highest level ($\bar{X}$ = 4.31, S.D. = 0.52).

Keywords: Participatory management, support staff, management efficiency, hospital

บทนำ

ในบริบทของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในศตวรรษที่ 21 แนวโน้มการบริหารจัดการโรงพยาบาลได้เปลี่ยนแปลงไปสู่การเน้นการมีส่วนร่วม ความคล่องตัว และการบูรณาการระหว่างวิชาชีพ การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Management) หมายถึง แนวทางการจัดการองค์กรที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การวางแผน การแก้ไขปัญหา และการประเมินผล โดยเฉพาะบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการของโรงพยาบาล แต่มักถูกมองข้ามในการมีส่วนร่วมการบริหารจัดการ[1] บุคลากรสายสนับสนุนถือเป็นกลุ่มสำคัญที่มีบทบาทในการเชื่อมโยงระบบการทำงานในโรงพยาบาลทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติมีหน้าที่สำคัญในกระบวนการบริการ เช่น การจัดการงานธุรการ ระบบเอกสาร การประสานงานภายในหน่วยงาน การดูแลอาคารสถานที่ และงานบริการทั่วไป ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนคุณภาพของการบริการสุขภาพโดยรวม

สถานการณ์ปัญหาการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลของประเทศไทยยังคงเป็นประเด็นที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[2] พบว่า โรงพยาบาลระดับจังหวัดกว่าร้อยละ 68.3 เผชิญปัญหาการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารภายใน (ร้อยละ 72.5) การขาดบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (ร้อยละ 65.8) และการตัดสินใจที่ล่าช้า (ร้อยละ 59.2) ส่งผลให้เกิดปัญหาการสื่อสารไม่ชัดเจน การทำงานแยกส่วน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการให้บริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพ

โรงพยาบาลลำปาง[3] เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตสุขภาพที่ 1 มีบทบาทเป็นศูนย์กลางด้านการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนทั้งในจังหวัดลำปางและพื้นที่ใกล้เคียง โดยมีภารกิจสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ จากสถิติให้บริการผู้รับบริการเฉลี่ยปีละ 890,414 ราย จำนวน 1,095,916 ครั้ง แสดงถึงภาระงานและความจำเป็นในการมีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ภายในโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลลำปาง มีกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ ที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการระบบสนับสนุนองค์กร การประสานงาน และให้บริการ สนับสนุน ส่งเสริมให้กลุ่มภารกิจและงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีจำนวนบุคลากรสายสนับสนุน 233 คน ทำหน้าที่ในแต่ละงาน ได้แก่ งานบริหารทั่วไป งานทรัพยากรบุคคล งานการเงิน งานบัญชี งานพัสดุ และงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีหน้าที่สนับสนุนงานของสายวิชาชีพหลักเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง จากการศึกษาสถานการณ์ที่ผ่านมาโดยการสำรวจบุคลากรสายสนับสนุน 233 คน ในปีงบประมาณ 2566 ยังพบปัญหาหลาย

ประการ ได้แก่ การประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่เป็นระบบ (ร้อยละ 78.7) ขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (ร้อยละ 71.3) การสื่อสารข้อมูลไม่ทั่วถึง (ร้อยละ 69.2) และการจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่ไม่เหมาะสมกับศักยภาพของบุคลากร (ร้อยละ 64.5) ส่งผลให้บุคลากรเกิดภาวะไม่ผูกพันต่อองค์กร (disengagement) โดยมีค่าเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรเพียง 2.8 จากคะแนนเต็ม 5 และมีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.9, S.D.=0.7)[3]

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพบว่า ปัจจัยสำคัญประกอบด้วย 1) ลักษณะของงานที่แตกต่างกันในแต่ละหน่วย 2) ความแตกต่างด้านการศึกษาและความเชี่ยวชาญ 3) โครงสร้างการบริหารแบบลำดับชั้น (hierarchical management) ที่มีข้อจำกัดในด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรกลุ่มนี้ได้แสดงบทบาทเชิงรุกในกระบวนการวางแผน การตัดสินใจ และการแสดงความคิดเห็นเชิงนโยบาย 4) การขาดช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จากประเด็นปัญหาที่พบดังกล่าว จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา โดยพบว่า จิรายุ ประกอบผล[4] ศึกษาการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ พบว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้ร้อยละ 35-45 และสุชาดา วงศ์ประเสริฐ[5] เสนอการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วม และ วิชาญ มั่นคง[6] พัฒนารูปแบบการบริหารแบบผสมผสานที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลรัฐ[6] อย่างไรก็ตาม การศึกษาเฉพาะเจาะจงกับบุคลากรสายสนับสนุนยังมีจำกัด และยังขาดการประเมินผลในระยะยาว รวมทั้งยังขาดงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะบุคลากรสายสนับสนุนโดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างลึกซึ้ง

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Yukl[7] ที่เน้น 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Planning) 2) การสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) 3) การทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ (Collaborative Teamwork) และ 4) การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Participatory Decision Making) ประกอบกับทฤษฎีการจัดการการเปลี่ยนแปลงของ Kotter[8] ในการออกแบบกระบวนการนำไปปฏิบัติในการบูรณาการการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วม โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านมนุษย์ เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมขององค์กรอย่างเป็นระบบ การส่งเสริมให้บุคลากรสายสนับสนุนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในกระบวนการบริหารจัดการไม่เพียงแต่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน แต่ยังเป็นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรจากระบบลำดับชั้นสู่แนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่ยั่งยืน

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายในการพัฒนาและประเมินผลแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลลำปาง และเกิดแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมและยั่งยืน อันจะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมองค์กรแบบมีส่วนร่วม เป็นต้นแบบและเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนให้เป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นแนวทางสำคัญในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลให้สามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพยุคใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน (ในด้านการวางแผน การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการตัดสินใจ)

ก่อนและหลังการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลลำปาง

2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนต่อแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลลำปาง

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์เชิงปริมาณในการบริหารจัดการ ได้แก่ เวลาเฉลี่ยในการตัดสินใจ (วัน) จำนวนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากบุคลากรต่อเดือน (ครั้ง) อัตราการเข้าร่วมประชุมของบุคลากรสายสนับสนุน (ร้อยละ)

สมมติฐาน

ภายหลังการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมบุคลากรสายสนับสนุนมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านการวางแผน การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการตัดสินใจ สูงกว่าก่อนใช้แนวทางแบบมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One group pre-post test) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ บุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 233 คน (ข้อมูล ณ ปีงบประมาณ 2566 จากฝ่ายทรัพยากรบุคคล) ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ โดยทุกคนมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำปางมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ บุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลลำปาง จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามประเภทงาน และคัดเลือกภายในแต่ละชั้นใช้ Simple Random Sampling ในทุกชั้น โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นบุคลากรสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานประจำ 2) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและกิจกรรมตามแผนงานได้ตลอดระยะเวลา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size = 0.5) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และพลังการทดสอบ 0.80 ผลการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน เพื่อป้องกันการขาดหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนเป็น 45 คน ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Management Approach) เป็นเครื่องมือการดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยอิงจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดของ Yukl[8] ซึ่งเน้นมิติสำคัญของการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การสื่อสารสองทาง การทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ และ การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม ในระยะเวลา 12 เดือน มีแผนการดำเนินกิจกรรม แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยรายการทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวทางดังกล่าวไปทดลองใช้ (try-out) กับบุคลากรสายสนับสนุนซึ่งไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของกิจกรรม ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอน และความเข้าใจในการใช้งาน ผลการทดลองพบว่าแนวทางมีความชัดเจน เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลลำปาง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน สังกัดหน่วยงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และประวัติการเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารหรือการมีส่วนร่วม

2.2 แบบวัดประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อวัดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของบุคลากรสายสนับสนุน ครอบคลุม 4 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการสื่อสาร ด้านการทำงานร่วมกัน ด้านการตัดสินใจ และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และได้นำไปทดสอบความเที่ยง กับกลุ่มทดลองเบื้องต้น (Try-out) 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

2.3 แบบบันทึกผลลัพธ์เชิงปริมาณในการบริหารจัดการ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ของแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากระบบงานจริงของโรงพยาบาล ประกอบด้วยตัวชี้วัด ได้แก่ เวลาเฉลี่ยในการตัดสินใจ (วัน) จำนวนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากบุคลากรต่อเดือน อัตราการเข้าร่วมประชุมของบุคลากรสายสนับสนุน (ร้อยละ) ข้อมูลทั้งหมดรวบรวมโดยผู้วิจัยจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและรายงานประจำเดือนของแต่ละหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และผลลัพธ์เชิงปริมาณในการบริหารจัดการ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน ทั้ง 4 ด้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่ใบรับรองจริยธรรม คือ รหัสโครงการ 29/67 รับรองวันที่ 1 เดือนเมษายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 45 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 60.0) และเพศชาย จำนวน 18 คน (ร้อยละ 40.0) ในด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 42.2) รองลงมาได้แก่ อายุ 20–30 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 26.7) และอายุ 41–50 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 24.4) และอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.7) ในด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวุฒิต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 51.1) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 44.4) และวุฒิการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.5) สำหรับอายุงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุงาน 5–10 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือผู้ที่มีอายุงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 33.3) และผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 26.7)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพในการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน ก่อนและหลังการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยใช้

Paired t-test พบว่า หลังการใช้แนวทางฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านที่ศึกษา ($p < 0.001$) โดยรายละเอียดในแต่ละด้านมีดังนี้ คือ ด้านการวางแผน ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลอง=3.02 (S.D.±0.68) คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 4.18 (S.D. ±0.52) คะแนน หลังการทดลอง ด้านการสื่อสาร ค่าเฉลี่ยก่อน=2.89 (S.D. ±0.73) คะแนนเพิ่มเป็น 4.25 (S.D. ±0.48) คะแนน ด้านการทำงานร่วมกัน ค่าเฉลี่ยก่อน=3.15 (S.D. ±0.65) คะแนน เพิ่มเป็น 4.33 (S.D.±0.46) คะแนน ด้านการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยก่อน=2.78 (S.D. ±0.71) คะแนน เพิ่มเป็น 4.12 (S.D. ±0.54) คะแนน เมื่อนำมาพิจารณารวมทุกด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยรวมก่อนการทดลอง=2.96 (S.D. ±0.56) คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 4.22 (S.D. ±0.42) คะแนน หลังการทดลอง

3. ผลลัพธ์เชิงปริมาณในการบริหารจัดการ หลังการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม พบว่า เวลาเฉลี่ยในการตัดสินใจ ลดลงจาก 7.5 วัน เหลือ 4.2 วัน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 44 จำนวนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากบุคลากรเฉลี่ยต่อเดือน เพิ่มขึ้นจาก 12 ข้อ เป็น 20 ข้อ คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 96 และอัตราการเข้าร่วมประชุม เพิ่มจากร้อยละ 68.5 เป็นร้อยละ 92.3 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 35

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยสามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายผล ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุน (ในด้านการวางแผน การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการตัดสินใจ) ก่อนและหลังการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลลำปาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนในทุกด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ หลังการใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยรายละเอียดแต่ละด้านมีดังนี้ คือ ด้านการวางแผน ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง=3.02 (S.D.±0.68) เพิ่มเป็น 4.18 (S.D. ±0.52) ด้านการสื่อสาร: ค่าเฉลี่ยก่อน=2.89 (S.D. ±0.73) เพิ่มเป็น 4.25 (S.D. ±0.48) ด้านการทำงานร่วมกัน: ค่าเฉลี่ยก่อน=3.15 (S.D. ±0.65) เพิ่มเป็น 4.33 (S.D. ±0.46) ด้านการตัดสินใจ: ค่าเฉลี่ยก่อน=2.78 (S.D. ±0.71) เพิ่มเป็น 4.12 (S.D. ±0.54) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรวมของทุกด้าน พบว่ามีการเพิ่มขึ้นจาก 2.96 (S.D. ±0.56) ก่อนการทดลอง เป็น 4.22 (S.D. ±0.42) หลังการทดลอง

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของบุคลากรสายสนับสนุนได้อย่างครอบคลุมทั้งในด้านการวางแผน การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และการตัดสินใจ โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกันที่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างเด่นชัด ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al.[9] ที่พบว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมในช่วง COVID-19 สามารถส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสุขภาพ และสนับสนุนกรอบแนวคิดของ Yukl[7] ที่เน้นบทบาทของความมีส่วนร่วมในการสร้างความเชื่อมโยงและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในองค์กร นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและการตัดสินใจยังช่วยลดความรู้สึก disengagement และเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมที่เอื้อต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับ Heller et al.[10] ที่เน้นว่าการมีส่วนร่วมของพนักงานส่งผลต่อประสิทธิภาพองค์กร และสนับสนุนงานในบริบทไทยโดยจิรายุ ประกอบผล[5] และสุชาดา วงศ์

ประเสริฐ[6] ซึ่งรายงานว่าแนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพงานและสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนต่อแนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.31, S.D. ± 0.52) โดยเฉพาะในด้านโอกาสในการแสดงความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.35 และ 4.28 ตามลำดับ) ความพึงพอใจที่สูงในมิติดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Cantarelli et al.[11] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการได้รับการยอมรับเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพ และสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Thomas และ Velthouse[12] ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการได้รับการยอมรับจะส่งผลต่อความรู้สึกมีอำนาจและแรงจูงใจภายใน รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดของ Maslow[13] ที่ชี้ว่า การยอมรับทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเป็นแรงจูงใจสำคัญในที่ทำงาน นอกจากนี้ ยังสนับสนุนผลการศึกษาของ Grant[14] ที่พบว่าเมื่อบุคลากรรู้สึกว่าตนมีคุณค่าและเสียงของตนได้รับการรับฟัง จะส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจอยู่ในองค์กรระยะยาว

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลลัพธ์เชิงปริมาณจากระบบงานจริงพบว่า เวลาเฉลี่ยในการตัดสินใจลดลงจาก 7.5 วัน เหลือ 4.2 วัน (ลดลงร้อยละ 44) จำนวนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากบุคลากรเฉลี่ยต่อเดือนเพิ่มจาก 12 เป็น 20 รายการ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 96) และอัตราการเข้าร่วมประชุมเพิ่มจากร้อยละ 68.5 เป็น 92.3 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 35) ผลลัพธ์เชิงปริมาณเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมสามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานเชิงระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Trist และ Bamforth[15] ที่ระบุว่าการจัดการเชิงระบบโดยบูรณาการด้านเทคนิคและมนุษย์ (socio-technical systems) จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาองค์กรที่ยั่งยืนและปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงได้ดี

สรุปผลการวิจัย การใช้แนวทางบริหารแบบมีส่วนร่วมมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลลำปางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบการปรับปรุงในทุกด้าน ได้แก่ การวางแผน การสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการตัดสินใจ ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าการให้บุคลากรสายสนับสนุนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสามารถสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับองค์กรได้อย่างชัดเจน และควรได้รับการสนับสนุนให้ขยายผลต่อไปอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรขยายผลการใช้แนวทางนี้ไปยังบุคลากรสายอื่นในโรงพยาบาล และจัดทำคู่มือการบริหารแบบมีส่วนร่วมเฉพาะโรงพยาบาลลำปาง รวมทั้งสร้างระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารและการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้บริหาร จัดตั้งคณะกรรมการบุคลากรสายสนับสนุนเป็นการถาวร

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงติดตามผลระยะยาว (1-2 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนศึกษาความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น เช่น ความผูกพันต่อองค์กร

เอกสารอ้างอิง

1.Mintzberg H. Structure in fives: designing effective organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1983.
2.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลประจำปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2023. [In Thai].
3.โรงพยาบาลลำปาง. รายงานสถานการณ์ภายในหน่วยสนับสนุน ปีงบประมาณ 2567. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2024. [In Thai].
4.จิรายุ ประกอบผล. ผลของการบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือ. วารสารบริหารโรงพยาบาล. 2023;29(3):45-56. [In Thai].
5.สุชาดา วงศ์ประเสริฐ. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล. วารสารสาธารณสุข. 2022;51(1):77-85. [In Thai].
6.วิชาญ มั่นคง. การพัฒนารูปแบบการบริหารแบบผสมผสานในโรงพยาบาลรัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลระดับจังหวัด. วารสารการจัดการภาครัฐ. 2021;10(2):61-74. [In Thai].
7.Yukl G. Leadership in organizations. 9th ed. Boston: Pearson; 2020.
8.Kotter JP. Leading change. Boston: Harvard Business Review Press; 2012.
9.Chen L, Wang Y, Zhang X. Does participative leadership matter in employees' outcomes during COVID-19? Role of leader behavioral integrity. Front Psychol. 2021;12:646442.
10.Heller F, Pusic E, Strauss G, Wilpert B. Organizational participation: myth and reality. Oxford: Oxford University Press; 1998.
11.Cantarelli P, Vainieri M, Seghieri C. The management of healthcare employees' job satisfaction: optimization analyses from a series of large-scale surveys. BMC Health Serv Res. 2023;23:428.
12.Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive elements of empowerment: an interpretive model of intrinsic task motivation. Acad Manage Rev. 1990;15(4):666-81.
13.Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50(4):370-96.
14.Grant AM. Leading with meaning: beneficiary contact, prosocial impact, and the performance effects of transformational leadership. Acad Manage J. 2012;55(2):458-76.
15.Trist EL, Bamforth KW. Some social and psychological consequences of the longwall method of coal-getting. Hum Relat. 1951;4(1):3-38.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

Smoke-free school policy on smoking avoidance behavior among school-aged adolescents with one of Secondary School in Bangkok.

(Received: June 6,2025 ; Revised: June 15,2025 ; Accepted: June 16,2025)

สิริลักษณ์ ซื่อสัตย์[1] วงค์ชญพจณ์ พรหมศิลา[2] กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ[3]
Siriluk Suesat[1] Wongchayapote Promsila[2] Kanokwan Silpakampises[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่เป็นวัยเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร 3 คน อาจารย์สายวิชาการ 1 คน และตัวแทนนักเรียนแต่ละชั้นปี 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า โรงเรียนดำเนินการตามเกณฑ์นโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ทั้ง 7 มาตรการ คือ 1) มีการกำหนดนโยบาย "โรงเรียนปลอดบุหรี่" 2) การบริหารจัดการในโรงเรียนปลอดบุหรี่ 3) การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อ "โรงเรียนปลอดบุหรี่" 4) การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร 5) การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนโรงเรียนปลอดบุหรี่ 6) การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ และ 7) การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างโรงเรียนกับชุมชน ส่วนพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน ประกอบด้วย การมีทัศนคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ การรู้เท่าทันโทษและพิษภัยของบุหรี่ การเลือกสังคมที่ดีให้กับตนเอง และการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย

คำสำคัญ: นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ วัยรุ่นที่เป็นวัยเรียนเรียน

Abstract

This survey research aimed to study the smoke-free school policy on smoking avoidance behaviors among school-aged adolescents at a secondary school in Bangkok. Key informants were selected through purposive sampling, consisting of three school administrators, one academic teacher, and three student representatives from different grade levels. Data was collected through in-depth interviews using a semi-structured interview guide and analyzed using content analysis.

The findings revealed that the school implemented all seven measures of the smoke-free school policy: 1) establishing an official "Smoke-Free School" policy, 2) managing school operations in alignment with the smoke-free policy, 3) creating a smoke-free school environment, 4) integrating anti-smoking topics into both curriculum and extracurricular activities, 5) encouraging student participation in promoting a smoke-free school, 6) providing support to prevent students from smoking, and 7) organizing collaborative activities between the school and community. Students' smoking avoidance behaviors include having positive attitudes toward not smoking, awareness of tobacco's harmful effects, choosing healthy social environments, and engaging in age-appropriate activities.

Keywords: Smoke-free school policy, Smoking avoidance behavior, school-aged adolescents

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Email: siriluksuesat@gmail.com
[2] อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย Corresponding Author
[3] อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต Email: kanokwan.sil@kbu.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย โดยเฉพาะในรูปแบบของบุหรี่ไฟฟ้าเป็นที่นิยมมากขึ้น จากการสำรวจล่าสุดพบว่ามีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าทุกวันร้อยละ 25.2 และเป็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าปรุงแต่งร้อยละ 89.4[1] ในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนขององค์การอนามัยโลก[2] พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มขึ้น (เมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2563) จากร้อยละ 13.80 เป็นร้อยละ 14.40 โดยพบการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในภาพรวมร้อยละ 13.60 แบ่งเป็นนักเรียนชายร้อยละ 18.70 และนักเรียนหญิงร้อยละ 8.90 สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนร้อยละ 5.9 ซึ่งสูงกว่าการสูบบุหรี่ชนิดอื่นๆ[3]

ผลกระทบของพิษภัยบุหรี่ต่อสุขภาพของวัยรุ่นมีความรุนแรงเนื่องจากพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีความทนทานต่อสารพิษน้อยกว่าผู้ใหญ่ ควันบุหรี่ที่มีสารพิษมากมายส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตทางร่างกายและสมอง ก่อให้เกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคความบกพร่องทั้งทางกาย พฤติกรรมและอารมณ์[4] จากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นพบว่าเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ร่วมกับการมีภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะดื้อต่อการทำงานของอินซูลินในร่างกาย[5,6] ด้านสมองที่เป็นระบบประสาทอัตโนมัติ (Cholinergic system) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระดับสติปัญญาที่จะเจริญเติบโตเต็มที่ในวัยหนุ่มสาว หากมีการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะพบความบกพร่องทางสติปัญญาและความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น มีผลต่อความสามารถในการควบคุมตนเองต่อแรงกระตุ้นและอารมณ์ที่ลดลง ความจำและสมาธิลดลง การทำงานของสมองส่วนหน้าในด้านความสนใจการเรียนรู้ลดลง[7]

นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่[8] กำหนด 7 มาตรการเพื่อการเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ที่สถานศึกษาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานเบื้องต้น ซึ่งแต่ละโรงเรียนสามารถประยุกต์วิธีการเริ่มดำเนินการในมาตรการที่มีความพร้อมก่อนแล้วค่อยขยับดำเนินการในมาตรการอื่นๆ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสุขภาพต้องการเห็นวัยรุ่นไทยห่างไกลยาเสพติด โดยเฉพาะบุหรี่ซึ่งเป็นสารตั้งต้นของสารเสพติดชนิดอื่น จึงสนใจศึกษานโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่เป็นวัยเรียน โดยเริ่มศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อันจะนำไปสู่การวางแผนดำเนินกิจกรรมเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และยั่งยืน ภายใต้แนวคิด "โรงเรียนปลอดบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษานโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่เป็นวัยเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey research) โดยใช้แนวทางทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) เพื่อศึกษานโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่เป็นวัยเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ประชากรเป้าหมายที่จะศึกษา

ประชากร

โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพ มีจำนวนกลุ่มผู้บริหารทั้งหมด 83 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงเรียน 1 คน รองผู้อำนวยการโรงเรียน 3 คน หัวหน้าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 3 คน รองหัวหน้าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 3 คน อาจารย์ที่รับผิดชอบด้านวิชาการเป็นอาจารย์กลุ่มสาระการเรียนรู้กลุ่มต่าง ๆ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 73 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้แนวทางทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) มีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้ที่ดำรงตำแหน่งบริหาร จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการ 1 คน ที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย รองผู้อำนวยการ 1 คน ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและการจัดสภาพแวดล้อมตามนโยบาย หัวหน้าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน มีหน้าที่ในการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร อาจารย์สายวิชาการ 1 คน มีบทบาทโดยตรงต่อนักเรียน ทั้งในเรื่องมาตรการการดูแลช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมของนักเรียน และการทำกิจกรรมความร่วมมือระหว่างสถานศึกษากับชุมชน และตัวแทนวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน จำนวน 3 คน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 7 คน มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่จะศึกษา เพื่อความครอบคลุมของข้อมูลการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ตามมาตรการโรงเรียนปลอดบุหรี่

เกณฑ์การคัดเลือกผู้บริหารและอาจารย์ มีความรู้/ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น หรือมีประสบการณ์ทำงาน/สอนที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกนักเรียน มีประสบการณ์ด้านพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และ/หรือเป็นนักเรียนตัวอย่าง/ผู้นำนักเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured Interview) แบ่งเป็น 2 ชุด

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารและอาจารย์ มีคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ทั้ง 7 มาตรการ ประกอบด้วย ความเหมาะสมของนโยบายปลอดบุหรี่ในโรงเรียน การบริหารจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในโรงเรียน การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร การมีส่วนร่วมของนักเรียนเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในโรงเรียน การดูแลช่วยเหลือนักเรียนเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในโรงเรียน และกิจกรรมความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชนเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน

2. แบบสัมภาษณ์สำหรับนักเรียน มีคำถามปลายเปิด 7 ข้อ เกี่ยวกับประสบการณ์ ทัศนคติ วิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และข้อเสนอแนะ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 3 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

เริ่มต้นด้วยการประสานงานกับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียน จากนั้นขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล รวมถึงนัดหมายและให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการ

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2568 โดยสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลในห้องประชุมของโรงเรียน ใช้เวลาสัมภาษณ์ 60-90 นาทีต่อคน พร้อมบันทึกเสียงโดยได้รับความยินยอม การเก็บข้อมูลใช้หลักการ Triangulation ด้านข้อมูล ผู้สัมภาษณ์ และผู้ให้ข้อมูล จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดย 1) ถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ 2) อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม 3) แยกประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์ 4) จัดกลุ่มข้อมูลและสร้างข้อสรุป 5) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง (Member Checking)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ COA No. 07/2567 ERB No.

03/2567 มีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่

1.1 โรงเรียนมีการกำหนดนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่เป็นลายลักษณ์อักษร และลงนามโดยผู้บริหาร มีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน สู่ผู้บริหารระดับรอง ผู้อำนวยการ ผู้ช่วยรองผู้อำนวยการ ครู บุคลากรทางการศึกษา นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายผ่านช่องทางที่หลากหลาย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ช่องทางการเผยแพร่ มี website แอปส์แคนวา สื่อออนไลน์ ที่มีอยู่แล้วของโรงเรียน” “มีการให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย และให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในวันประชุมผู้ปกครองด้วย” (ผู้ให้ข้อมูล 2 ผู้ให้ข้อมูล 3 และ ผู้ให้ข้อมูล 4) โดยนโยบายของโรงเรียน ที่เน้นหลัก 3 ป. คือ ป้องกัน ปลูกฝัง และปราบปราม ดังนี้

1) การป้องกัน มีทีมงานในลักษณะการสร้างความร่วมมือในแต่ละระดับชั้น โดยมีทีมงานระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 1 จนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีการรับมอบนโยบายจากผู้ช่วยรองผู้อำนวยการ ไปสู่ระดับชั้น จนถึงระดับครูที่ปรึกษา และผู้ปกครอง ซึ่งกระทำในรูปแบบของคณะกรรมการต่อต้านยาเสพติด ผ่านความร่วมมือกับตำรวจ โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การจัดการอบรมให้ครูเพื่อการเป็นพนักงานส่งเสริมความประพฤตินักเรียน (พสน.) ตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองเด็ก มีการออกตรวจโดยกองบังคับการนครบาลในเขตพื้นที่ ในโครงการ “กรุงเทพมหานครปลอดภัย” และมีการส่งหลักฐานทุกเดือน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “บุหรี่เป็นแค่ส่วนหนึ่ง เพราะเราเน้นการป้องกันสารเสพติดทุกประเภทในนักเรียน” “เรายึดหลักมีเหตุอันใดที่เกิดกับนักเรียน ผู้ปกครองต้องทราบ”

2) การปลูกฝัง ผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ที่บูรณาการในรายวิชาสุขศึกษา มีการการจัดอบรมร่วมกับสถานพินิจถึงบทลงโทษที่จะได้รับจากการติดสารเสพติด และกิจกรรมนอกหลักสูตร ดำเนินการโดยงานกิจการนักเรียน ร่วมกับพนักงานส่งเสริมความประพฤตินักเรียน (พสน.) ในแต่ละระดับชั้น (มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3) ระดับสาย (ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น) ในลักษณะของครูที่ปรึกษาและตำรวจเขตพื้นที่ ร่วมกันตรวจพื้นที่ชุมชนทุกเดือน จัดโครงการรณรงค์วันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันงดบุหรี่โลก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “การเน้นเรื่องบทสุดท้ายของการสูบบุหรี่ด้วยการจัดอบรมให้ความรู้แก่นักเรียน และมีการให้ความรู้ผู้ปกครองควบคู่ไปด้วย เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของนักเรียนจะอยู่ที่บ้านซึ่งอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง”

3) การปราบปราม ได้ใช้มาตรการของระบบกรรมการนักเรียน ยึดหลักเกณฑ์ของสำนักงานการศึกษาระดับพื้นฐาน (สพฐ.) คือ แจ้งการพบเหตุเข้าพบครูที่อยู่ใกล้เหตุการณ์ จึงมีการวางผังห้องพักครู เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้นักเรียนสามารถเข้าพบครูได้ทันที โดยเฉพาะบริเวณห้องน้ำที่เป็นบริเวณที่พบการสูบบุหรี่มากที่สุด มีการพูดคุยกับนักเรียนที่พบว่ามีการสูบบุหรี่ซึ่งถูกนำตัวมาพร้อมหลักฐานโดยทีมกิจการนักเรียน ที่ห้องงานกิจการนักเรียน และรายงานผู้ปกครองทราบเพื่อเน้นการช่วยกันแก้ไขปัญหา ทราบข้อมูลการติดหรือไม่ติดบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบ แหล่งซื้อ (เพื่อทราบการได้มาของบุหรี่ เนื่องจากกฎหมายห้ามร้านค้าขายบุหรี่ให้เยาวชน) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ถ้าเด็กทำผิดจะมีการลดคะแนนความประพฤติในระบบอย่างชัดเจน” “เด็กทราบดีว่าถ้าโดนจับได้จะมีบทลงโทษที่ค่อนข้างแรง”

1.2 มีการบริหารจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในโรงเรียน

1) มีการจัดตั้งคณะทำงานในรูปแบบคณะกรรมการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ในรูปแบบของคณะกรรมการต่อต้านยาเสพติด โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน และทำการประเมินตนเองในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “มีพนักงานส่งเสริมความ

ประพฤตินักเรียน ที่เรียกว่า พสน. เป็นคณะกรรมการต่อต้านยาเสพติด แต่ที่โรงเรียนไม่ได้มีนักเรียนที่ติดบุหรี่ถึงขนาดที่ต้องไปบำบัด”

2) ใช้การสุ่มตรวจ และการให้คะแนนความประพฤติแก่นักเรียนที่มารายงาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเพื่อนในโรงเรียน ตลอดจนมีการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา เช่น จำนวนผู้สูบ ความต้องการเลิก การพบเห็นการละเมิดการขายและการสูบบุหรี่ของนักเรียน และการติดตามการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการของโรงเรียน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “มีการสุ่มตรวจ มีสายคอยรายงานถึงนักเรียนที่สูบบุหรี่ หากมีคนรายงานก็จะเพิ่มคะแนนความประพฤติให้แก่คนนั้น”

3) ใช้การลงโทษ ถ้าเป็นการทำความผิดครั้งแรกจะตัดคะแนนความประพฤติในระบบ ครั้งที่ 2 เชิญผู้ปกครองมาพบ และครั้งที่ 3 ให้ออกจากโรงเรียน

ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “มีบทลงโทษโดยกิจการนักเรียนร่วมกับ พสน. และตำรวจในเขตพื้นที่ มีการตรวจทุกเดือน ๆ ละครั้ง”

1.3 การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อ “โรงเรียนปลอดบุหรี่”

การจัดสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด ชัดเจนทั่วทั้งโรงเรียนมีการดำเนินงาน ดังนี้

1) มีเครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย และเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ในระยะ 5 เมตร ให้เห็นอย่างชัดเจน บริเวณทางเข้า-ออก (หลัก) ของสถานศึกษา

2) มีเครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ที่เห็นอย่างชัดเจนบริเวณภายในสถานศึกษาที่เป็นบริเวณนอกอาคาร

3) มีเครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ที่เห็นชัดเจนบริเวณทางเข้า-ออกอาคารและภายในอาคารสถานที่ทุกช่องทางอาคาร

4) ไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ถังทรายดับบุหรี่ ฯลฯ

5) เฝ้าระวังไม่ให้มีการสูบบุหรี่ รวมถึงการขาย การส่งเสริมการขาย การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบในบริเวณสถานศึกษา และบริเวณที่กฎหมายกำหนด ได้แก่ สถานที่สาธารณะต่าง ๆ รอบโรงเรียน

6) มีการประชาสัมพันธ์ แจ้งเตือน เรื่องการเป็นสถานศึกษาที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ รวมถึงมีมาตรการควบคุม ห้ามปราม หรือดำเนินการอื่นใดไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา

7) สถานศึกษาไม่รับการสนับสนุนใด ๆ จากผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ

นอกจากนั้นโรงเรียนมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะบริเวณห้องน้ำที่มักพบว่ามีการสูบบุหรี่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งโรงเรียน ห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่ในโรงเรียน จึงไม่เคยเห็นครูหรือเจ้าหน้าที่คนใดสูบบุหรี่ในโรงเรียนเลย”

1.4 การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร

มีการวางแผนและการกำหนดกิจกรรม เพื่อเป็นการสอดแทรก เรื่องโทษ พิษภัย และผลกระทบของบุหรี่ ทั้งการให้ความรู้ในรายวิชาสังคมศึกษาและวิชาสุขศึกษา และกิจกรรมนอกหลักสูตร โดยการใช้คลิปบรรยายในการประชุมพบปะของคณะกรรมการต่อต้านยาเสพติด โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ไม่พบหลักฐานการสูบบุหรี่ ได้แก่ กลิ่น อุปกรณ์การสูบ และการมีมุมมองที่ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตราย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ส่วนใหญ่ที่จับนักเรียนได้จะเป็นการสูบบุหรี่ไฟฟ้า” “บุหรี่ไฟฟ้าสามารถหลบเลี่ยงการจับกุมได้ เนื่องจากหลักฐานไม่มี กลิ่นไม่มีที่ตัวนักเรียน”

1.5 การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนโรงเรียนปลอดบุหรี่

การส่งเสริมให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งบริเวณในและนอกโรงเรียน ให้นักเรียนประชาสัมพันธ์ เพื่อการสร้างค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ ในช่องทางที่หลากหลาย และมีการส่งเสริมให้นักเรียนสร้างสรรค์สื่อการเรียนรู้เพื่อให้นักเรียนมีภูมิคุ้มกันในการหลีกเลี่ยงการสูบ

บุหรี่ ในรูปแบบที่เป็นการให้เพื่อนดูแลเพื่อน หรือพี่ดูแลน้อง ที่ใช้ชื่อ ชมรม YC (Youth Counselling) ที่ดูแลแก้ปัญหาทุกเรื่อง รวมทั้งเรื่องปัญหาการสูบบุหรี่ ร่วมกันค้นหาสาเหตุ สอดส่องนักเรียนที่เป็นผู้ชักชวนเพื่อนให้สูบบุหรี่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ระบบเพื่อนช่วยเพื่อนของโรงเรียนได้รางวัลระดับเขตด้วย”

1.6 การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่

มีกระบวนการคัดกรอง ป้องกัน และติดตามนักเรียนกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการริเริ่มสูบบุหรี่ กระบวนการในการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา เพื่อสนับสนุนการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยการจัดประชุมพบปะ พูดคุย ระหว่างหัวหน้าห้อง รองหัวหน้าห้อง และคณะกรรมการนักเรียน สัปดาห์ละครั้ง และการใช้มาตรการ ให้ที่ปรึกษาพูดคุยเป็นหลักการของกระบวนการกลุ่ม (Professional Learning community: PLC) เพื่อการติดตามนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “มีการประชุมพูดคุยกันตลอด ระหว่างหัวหน้าห้อง รองหัวหน้าห้อง และคณะกรรมการนักเรียน สัปดาห์ละครั้ง” “ทำ Power point หรือนำคลิปวิดีโอ ในการประชุม” “มีการส่งต่อ ติดตาม และพูดคุยกับครูตัวแทนแต่ละชั้นปี”

1.7 การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชน

มีกิจกรรมสร้างความตระหนัก เรื่องโทษ พิษภัย และผลกระทบของบุหรี่ร่วมกับชุมชน การชี้แจงและขอความร่วมมือร้านค้าในชุมชน ไม่ให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับนักเรียน ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด การเน้นย้ำร้านขายบุหรี่ห้ามขายบุหรี่ให้เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่เป็นการผิดกฎหมาย มีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงเรียนระดับมัธยมในเขตพื้นที่เดียวกัน และการผลักดันให้ผู้นำชุมชนกำหนดนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน “บ้านและชุมชนปลอดบุหรี่” ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “มีพื้นที่เสี่ยงในชุมชน อยู่สุดซอย แต่ชุมชนจะคอยดูแลเป็นหูเป็นตาให้ในเขตที่เป็นพื้นที่เสี่ยงนี้”

2. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนนักเรียนแต่ละชั้นปี คือ มัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 3 คน ใช้คำถามปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ คือ 1) ท่านเคยลองสูบบุหรี่หรือไม่ ความรู้สึกตอนลองสูบบุหรี่ (ชอบ หรือไม่ชอบอย่างไร) 2) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคนสูบบุหรี่อย่างไร (รวมถึงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า) 3) ท่านมีวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ อย่างไรบ้าง 4) กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น เพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ 5) ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่อย่างไรบ้าง 6) ท่านคิดว่าเครือข่ายทางสังคมมีความสำคัญกับการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างไร และ 7) อยากฝากข้อคิด หรือสิ่งเตือนสติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ว่าอย่างไรบ้าง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) จากคำถามว่า “เคยลองสูบบุหรี่หรือไม่ ความรู้สึกตอนลองสูบบุหรี่ (ชอบ หรือไม่ชอบอย่างไร)” ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 คน ไม่เคยลองสูบ แต่เคยพูดคุยกับผู้ที่สูบบุหรี่ ได้ข้อมูลของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเรื่องของประเภทบุหรี่ที่มีความแตกต่างระหว่างบุหรี่มวนกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นสาเหตุของการที่นักเรียนส่วนใหญ่หันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้ากันมากขึ้น การมีบุคลิกและนิสัยของวัยรุ่นที่อยากรู้อยากเห็น ชอบลองสิ่งใหม่ ๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “บุหรี่มวนสูบแล้วจะรู้สึกถึงการเผาไหม้ สูบแล้วจะร้อน ๆ ลำคอ เหมือนสูดกลิ่นไหม้ของยาเส้น แต่บุหรี่ไฟฟ้าสูบแล้วเย็น จึงทำให้ติดบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า” (คนที่ 1) “สังเกตว่าเพื่อนคนที่สูบบุหรี่จะเข้าห้องน้ำหลายรอบมาก และหลังจากเดินตามเข้าไปพบบุหรี่ไฟฟ้าวางบนโถส้วม เพื่อนบอกว่าไม่เคยลองบุหรี่มวน สูบแต่บุหรี่ไฟฟ้าเพราะสูบแล้วรู้สึกเย็น” (คนที่ 3) “เพื่อนคนที่สูบบุหรี่เดินเข้าออกห้องน้ำบ่อย ซึ่งปกติเพื่อนคนนี้เป็นคนอยากรู้อยากลอง เป็นคนเปิดเผย และเป็นคนชักนำผู้อื่นให้สูบบุหรี่” (คนที่ 2)

2) การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับคนที่สูบบุหรี่ (รวมถึงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า) พบว่าในการเข้าสังคมของวัยรุ่น สังคมรอบตัวเป็นส่วนสำคัญสำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการมีบทลงโทษของโรงเรียนทั้ง 3 มาตรการ คือ ครั้งแรกตักเตือน ครั้งที่

2 พักการเรียน และครั้งที่ 3 ให้ออก ทำให้พบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงในโรงเรียน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เพื่อนคนนี้ไปอยู่ในสังคมที่ผิดจนทำให้ถูกดีดออกไป” (คนที่ 2) “ทุกคนทราบว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี และโรงเรียนมีบทลงโทษที่ชัดเจน” (คนที่ 3)

3) วิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ที่ปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นการตระหนักถึงโทษหรือพิษภัยของบุหรี่ การเลือกสังคมหรือคบเพื่อนที่ไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนการใช้กรณีตัวอย่างของคนที่สูบบุหรี่แล้วได้รับผลกระทบในทางที่ไม่ดี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จะนึกถึงสุขภาพที่ไม่ดีในอนาคต” (คนที่ 1) “การยึดตัวเองเป็นหลัก การเชื่อมั่นในตัวเอง ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี” (คนที่ 2) “การดูคนรอบข้างที่สูบบุหรี่ แล้วนึกถึงผลที่ตามมาจากการสูบบุหรี่” (คนที่ 3)

สถานที่ที่พบว่ามีการสูบบุหรี่ คือห้องน้ำ เวลานักเรียนส่วนใหญ่เข้าห้องน้ำ จึงมักพบเหตุการณ์เพื่อนที่สูบบุหรี่อยู่ในห้องน้ำ แต่เนื่องจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ไม่พบกลิ่นบุหรี่ติดตัวผู้สูบ จึงทำให้ไม่สามารถพบหลักฐานที่จะยืนยันการสูบบุหรี่ แต่กรณีการสูบให้เห็นชัดเจน ก็จะใช้วิธีการแจ้งอาจารย์ปกครองเพื่อการติดตามนักเรียนที่สูบบุหรี่ต่อไป “ถ้าเป็นรุ่นพี่ ผมคงไม่กล้าเข้าไปตักเตือน แม้ผมจะเป็นกรรมการนักเรียน ต้องใช้วิธีแจ้งคุณครูครับ” (คนที่ 1)

4) กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น เพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ กิจกรรมที่เหมาะกับวัยรุ่น ควรมีความหลากหลาย ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ กิจกรรมด้านการเล่นกีฬาและการออกกำลังกาย กิจกรรมด้านวิชาการผ่านวิชาเรียน กิจกรรมเชิงสร้างสรรค์และการพัฒนาตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “กิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ มีน้อย” “ควรมีการเสริม Mindset ที่ดีต่อตนเอง” (คนที่ 3) “คนที่ไม่สูบบุหรี่มักเป็นนักกีฬา” “โรงเรียนมีกิจกรรมกีฬาต้านยาเสพติด” (คนที่ 1) “อยากให้มีกิจกรรมส่งเสริมการใฝ่รู้ใฝ่เรียน” (คนที่ 2)

5) ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การป้องกันการสูบบุหรี่ ในวัยรุ่นเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องอาศัยทักษะและแนวทางที่เหมาะสมในการรับมือกับแรงกดดัน และสิ่งเร้าต่าง ๆ ดังนั้นทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ การตัดสินใจที่ดี วิธีการจัดการความเครียด และการป้องกันตัวให้รอดพ้นอันตราย จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “การมีที่ปรึกษาที่ไว้ใจได้ การอยู่ในสังคมที่ปลอดภัย” (คนที่ 2) “การมีตำแหน่ง มีบทบาทในโรงเรียน การเป็นประธานนักเรียน เป็นกองลูกเสือพิเศษ” (คนที่ 1 และ 3)

6) ความคิดเห็นเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เครือข่ายทางสังคมหมายถึงกลุ่มคนที่วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย เริ่มตั้งแต่ครอบครัวที่เป็นต้นแบบที่ดีของคนในครอบครัว เพื่อน โรงเรียนและสภาพแวดล้อมทางการศึกษา หรือการสนับสนุนจากชุมชนและสังคม ซึ่งมีอิทธิพลในการเลือกการตัดสินใจที่จะเลือกเส้นทางที่ดี แต่มีนักเรียนจำนวนน้อยที่รู้จักใช้เครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะชุมชนหรือสังคม เพื่อการสนับสนุนความช่วยเหลือ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ใกล้โรงเรียนที่สุด มีศูนย์บริการสาธารณสุขฯ มีนักจิตวิทยาที่คอยดูแลนักเรียน แต่เพื่อนไม่ค่อยรู้จัก ผมรู้จักเนื่องจากอยู่ในชมรมแนะแนว” (คนที่ 3)

7) ข้อคิด หรือสิ่งเตือนสติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ที่อยากฝากไว้ สิ่งที่ควรตระหนักคือการสูบบุหรี่เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพมากมายและยังส่งผลต่อต่อสุขภาพในระยะยาว ทั้งต่อตัวผู้สูบเองและคนรอบข้าง นอกจากนั้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อระบบทางเดินหายใจ คือ โรคถุงลมโป่งพอง ยังมีโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และมีผลทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมเร็วขึ้น เช่น ฟันเหลือง ผิวพรรณหมองคล้ำ และมีกลิ่นปากที่ไม่พึงประสงค์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน รณรงค์การงดสูบบุหรี่ อาจเป็นในรูปแบบการอบรมให้ความรู้และมีการสรุปผลที่ได้จากการอบรม หรือดึงกิจกรรม

ที่ได้ผลจากการอบรมออกมาสู่การปฏิบัติได้จริง” (คนที่ 1) “อยากให้เพิ่มความรู้เรื่องผลกระทบของพิษภัยจากการสูบบุหรี่ในการเรียนการสอนวิชาวิทยาศาสตร์” (คนที่ 3) การตัดสินใจลองสูบบุหรี่เพียงครั้งเดียว อาจนำไปสู่การเสพติดที่ยากจะเลิก และทำให้เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากโดยไม่จำเป็น การสูบบุหรี่ไม่ได้ช่วยให้คลายเครียดแต่ตรงกันข้าม กลับเป็นสาเหตุของความเครียดสะสม นิโคตินในบุหรี่ทำให้ร่างกายเสพติด เพราะร่างกายต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อไม่ได้สูบจะเกิดความเครียดและหงุดหงิดมากกว่าเดิม ดังนั้นการเลือกปฏิเสธบุหรี่ตั้งแต่แรกคือการตัดสินใจที่ดีที่สุด เพื่อสุขภาพของตนเองและเพื่ออนาคตที่สดใส นอกจากนี้ บุหรี่ไม่ได้ช่วยคลายเครียดอย่างแท้จริง แต่ หากต้องการมีสุขภาพที่ดีและชีวิตที่ยืนยาว ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเลือกใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าแทน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “อยากให้คน ๆ หนึ่งกลับมารักและขอบคุณตัวเอง ด้วยการเลือกสิ่งดี ๆ ให้กับตัวเอง” (คนที่ 2)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ที่โรงเรียนดำเนินการตามเกณฑ์นโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ทั้ง 7 มาตรการ พบว่าโรงเรียนแห่งนี้มีการดำเนินการตามนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ตามมาตรการทั้ง 7 ข้อดังกล่าวข้างต้น โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตมีนบุรี[9] ที่พบการมีกิจกรรมรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนที่ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ร้อยละ 76.10 ในการดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่พบสอดคล้องกับการศึกษาการควบคุมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมแบบมีส่วนร่วม[10] ที่ว่าคณะครูและนักเรียนทั้งโรงเรียนได้ร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อยังยั้งการสูบบุหรี่ และจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา[11] พบมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้และความตระหนักในเรื่องอันตราย โทษ และพิษภัยบุหรี่ ที่มีส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมของนักเรียนแกนนำและนักเรียนแนวร่วมในรูปแบบของ "ชมรมคนรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่" โดยมีวิธีการหรือกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ มีดังนี้ 1) กิจกรรมที่เน้นกระบวนการกลุ่มในเรื่องเทคนิคการสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของเทคนิคการสื่อสารเพื่อการปฏิเสธสิ่งเสพติด 2) กิจกรรมการให้ความรู้ การอบรม และการให้สุขศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับส่วนประกอบของบุหรี่ โรคและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ประโยชน์และอุปสรรคของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการจัดการความเครียด 3) กิจกรรมที่เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การค้นหาความต้องการ การกำหนดแนวทางการวางแผนในการแก้ไขปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล 4) กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาศักยภาพของนักเรียนในการป้องกันการสูบบุหรี่ และ 5) กิจกรรมการพัฒนาทักษะชีวิตในด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย

การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ที่เป็นบริเวณที่ห้ามบุคคลสูบบุหรี่ อันได้แก่ สถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ หมายความถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวมนุษย์ทั้งทางกายภาพและชีวภาพ ตลอดจนสิ่งที่เป็นนามธรรม ซึ่งหมายถึง ประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ ของสังคม ความเชื่อของบุคคล ฯลฯ สอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา[12] ที่มีข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 30 คน พบว่าแนวทาง 1 ใน 6 ของการป้องกันการสูบบุหรี่ คือ โรงเรียนควรปรับภูมิทัศน์ให้สวยงาม สะอาด และปลอดโปล่ง และจากการศึกษาการพัฒนาสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่โดย

พยาบาลในประเทศไทยการทบทวนขอบเขตงานวิจัย [13] พบกลวิธีของรูปแบบจัดการสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่โดยพยาบาลในประเทศไทย มีการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายทางสังคม การใช้การมีหุ้นส่วนทางสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้ความรู้ทางสุขภาพ การใช้หลัก 5A การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มาประยุกต์ใช้ในพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ทำให้เกิดผลลัพธ์ในนโยบายสาธารณะเขตปลอดบุหรี่ หรือพื้นที่ปลอดจากควันบุหรี่ในที่ต่างๆ

ส่วนกิจกรรมความร่วมมือระหว่างสถานศึกษากับชุมชนเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน มีกิจกรรมสร้างความตระหนักเรื่องโทษ พิษภัย และผลกระทบของบุหรี่ร่วมกับชุมชน และผลักดันให้ผู้นำชุมชนกำหนดนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน "บ้านและชุมชนปลอดบุหรี่" ดังการศึกษาการควบคุมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมแบบมีส่วนร่วม[10] ที่มีการประสานความร่วมมือกับร้านขายของชำข้างโรงเรียนให้ตระหนักถึงการห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ตามกฎหมายที่ประเทศไทยกำหนด การสร้างเครือข่ายสนับสนุนและให้การปรึกษาจากคณะครูและผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้

1.1 ควรบูรณาการความรู้เรื่องบุหรี่กับสุขภาพเข้าสู่กลุ่มสาระการเรียนรู้ต่างๆ เพื่อปลูกฝังจิตสำนึกในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

1.2 ควรมีการให้รางวัล หรือเชิดชูเกียรติแก่นักเรียนที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่ และสนับสนุนให้นักเรียนกลุ่มนี้เป็นต้นแบบในการสร้างทีมที่เข้มแข็งของโรงเรียนต่อไป

1.3 ควรประสานความร่วมมือกับแหล่งบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของบุหรี่

1.4 ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและตรวจจับบุหรี่ไฟฟ้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.5 ควรเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรขยายการศึกษาไปยังโรงเรียนอื่นๆ เพื่อศึกษานโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในบริบทที่แตกต่างกัน

2.2 ควรวิจัยเพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ของการนำนโยบายสถานศึกษาปลอดบุหรี่ไปใช้

2.3 ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

2.4 ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของมาตรการต่างๆ ในนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่

2.5 ควรศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชนที่มีผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. Birdsey J, Cornelius M, Jamal A, Park-Lee E, Cooper MR, Wang J, et al. Tobacco product use among U.S. middle and high school students - National Youth Tobacco Survey, 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023 Nov 3;72(44):1173-82.
2. กลุ่มอนามัยเด็กวัยรุ่น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ.2564. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2565.
3. Jamal A, Park-Lee E, Birdsey J, West A, Cornelius M, Boyle P, et al. Tobacco product use among middle and high school students national youth tobacco survey, United States, 2024. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024 Oct 17;73(41):917-24.

4. ประวิตร เจนวรรธนะกุล, เปรมทิพย์ ทวีรติธรรม, บรรณาธิการ. กายภาพบำบัดกับพิษภัยของบุหรี่ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ธนัชชาเพรส; 2564.
5. Raghuveer G, White DA, Hayman LL, Woo JG, Villafane J, Celermajer D, et al. Cardiovascular consequences of childhood secondhand tobacco smoke exposure: Prevailing evidence, burden, and racial and socioeconomic disparities: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2016;134(16):e336-e359.
6. Wang TW, Gentzke AS, Neff LJ, Glidden EV, Jamal A, Park-Lee E, et al. Characteristics of e-Cigarette Use Behaviors Among US Youth, 2020. JAMA Netw Open. 2021;4(6):e2111336.
7. England LJ, Aagaard K, Bloch M, Conway K, Cosgrove K, Grana R, et al. Developmental toxicity of nicotine: A transdisciplinary synthesis and implications for emerging tobacco products. Neurosci Biobehav Rev. 2017;72:176-89.
8. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. คู่มือเกณฑ์การประเมินสถานศึกษาปลอดบุหรี่ สำหรับสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา. นนทบุรี: Icon Printing Limited Partnership; 2564.
9. กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, สิริลักษณ์ ซื่อสัตย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตมีนบุรี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565;34(3):18-36.
10. สมจิต แดนสีแก้ว, เกศินี สราญฤทธิชัย, วิจิตรา เสนา, อรุณณี ใจเที่ยง. การควบคุมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมแบบมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;33(3):135-43.
11. สุนิดา ปรีชาวงษ์, นัยนา วงศ์สายตา, หริสร์ ทวีพัฒนา, สรัตนี แก้วคำ. การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา. วารสารสุขศึกษา. 2557;37(128):15-28.
12. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, สันติ ทวยมีฤทธิ์. การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565;40(2):45-52.

ผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

Results of enhancing comprehension of monitoring of sealed containers of drinking water products and ice.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

ปริญญา กองกาย[1]
Parinya Kongkai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งและศึกษาผลของการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง โดยมีระยะเวลาในการวิจัยระหว่าง เดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 183 แห่ง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง พบว่า ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งหลังการดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ ค่ากรด – ด่าง จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13 และไม่ผ่านเกณฑ์ โคลิฟอร์ม จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4 และเมื่อการเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งหลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: ความเข้าใจ การเฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

Abstract

This research was action research aimed to study the understanding of the surveillance of consumer water products in sealed containers and ice and to study the results of enhancing the understanding of the surveillance of consumer water products in sealed containers and ice. The research period is between October 2022 and September 2024, a total of 12 months. The sample group includes 183 entrepreneurs of consumer water products in sealed containers and ice in Kalasin Province. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that after the implementation of the understanding enhancement in the surveillance of consumer water products in sealed containers and ice, it was found that the understanding of the surveillance of consumer water products in sealed containers and ice after the operation was at the highest level overall and in each aspect. The surveillance of consumer water products in sealed containers and ice found that 13 locations, or 13 percent, did not pass the acid-base criteria and 4 locations, or 4 percent, did not pass the coliform criteria. When comparing the understanding of the surveillance of consumer water products in sealed containers and ice before and after the operation, it was found that there was a statistically significant difference at the 0.05 level, where after the operation, the understanding of the surveillance of consumer water products in sealed containers and ice after the operation was higher than before the operation.

Keywords: understanding, surveillance, consumer water products in sealed containers and ice

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภูมิอากาศแบบร้อนชื้น ส่งผลให้ประชาชนมีความจำเป็นต้องบริโภคน้ำดื่มและน้ำแข็งในปริมาณมากเพื่อคลายร้อนและรักษาความสดของอาหาร น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งจึงเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความสำคัญในชีวิตประจำวัน โดยน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทนั้นถูกกำหนดให้เป็นอาหารควบคุมเฉพาะตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องมีคุณภาพและมาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค[1] น้ำแข็งบริโภคก็มีบทบาทสำคัญในการลดอุณหภูมิและเก็บรักษาคุณภาพอาหาร โดยเฉพาะอาหารทะเลและเครื่องดื่มที่ต้องการความเย็นเพื่อป้องกันการเน่าเสียและลดการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ อย่างไรก็ตาม ปัญหาการปนเปื้อนของน้ำแข็งในประเทศไทยยังคงพบอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นอันตราย เช่น โคลิฟอร์มและอีโคไล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคและความปลอดภัยของอาหารและเครื่องดื่มที่นำไปใช้[2]

การปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในน้ำบริโภคและน้ำแข็งเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย จากผลการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่ามีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำแข็งและน้ำดื่มในระดับที่อาจก่อให้เกิดโรคได้ เช่น โคลิฟอร์ม อีโคไล และคลอสตริเดียม เพอฟริงเจนส์ ซึ่งทำให้จำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคเหล่านี้ ผลการสำรวจในหลายจังหวัดพบอัตราการปนเปื้อนของจุลินทรีย์เกินมาตรฐานที่กำหนด เช่น การตรวจพบโคลิฟอร์มเกินกว่า 2.2 ต่อ 100 มิลลิลิตรในน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท อย่างไรก็ตาม รูปแบบและการดำเนินการเฝ้าระวังยังคงเป็นปัญหาในหลายพื้นที่ที่ต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด[3]

การผลิตน้ำดื่มและน้ำแข็งในประเทศไทยต้องปฏิบัติตามมาตรฐานและข้อกำหนดที่เข้มงวดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420 พ.ศ. 2563) ซึ่งกำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ และการเก็บรักษาเพื่อให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้บริโภค กระบวนการผลิตน้ำดื่มโดยทั่วไปเริ่มจากการนำน้ำดิบ เช่น น้ำประปาหรือน้ำบาดาล ผ่านระบบกรองหลายขั้นตอน เช่น การกรองด้วยถังกรองชนิดต่าง ๆ หรือระบบกรองแบบรีเวิร์สออสโมซิส (RO) เพื่อกำจัดสิ่งสกปรกและสารปนเปื้อน จากนั้นน้ำจะถูกฆ่าเชื้อด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น การใช้รังสีอัลตราไวโอเลต (UV) หรือระบบโอโซน เพื่อทำลายเชื้อจุลินทรีย์ที่อาจเป็นอันตราย ก่อนจะเข้าสู่กระบวนการบรรจุในภาชนะที่ปิดสนิทอย่างปลอดเชื้อและปิดฝาอย่างแน่นหนา สำหรับการผลิตน้ำแข็ง จะใช้วิธีการกรองน้ำดิบเช่นเดียวกับน้ำดื่ม จากนั้นนำน้ำที่ผ่านการกรองและฆ่าเชื้อเข้าสู่เครื่องทำน้ำแข็งที่มีระบบควบคุมคุณภาพอย่างเข้มงวด เพื่อให้ได้น้ำแข็งที่ใสสะอาดปราศจากสิ่งปนเปื้อนและจุลินทรีย์ที่เป็นอันตราย ทั้งนี้ ผู้ผลิตต้องมีผู้ควบคุมการผลิตที่ผ่านการอบรมและได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการผลิตเป็นไปตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนและเพิ่มความปลอดภัยของน้ำดื่มและน้ำแข็งที่จัดจำหน่ายแก่ผู้บริโภค[1,2]

แม้ว่าจะมีกฎหมายและมาตรฐานกำกับดูแลการผลิตน้ำบริโภคและน้ำแข็งอย่างเข้มงวด เช่น มาตรฐาน GMP และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดข้อบังคับเกี่ยวกับสุขอนามัยและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ ผู้ประกอบการหลายรายยังขาดความรู้และความตระหนักในเรื่องดังกล่าว ส่งผลให้การปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตมีข้อบกพร่อง เช่น การจัดการความสะอาดของสถานที่ผลิต การดูแลเครื่องจักรและอุปกรณ์ รวมถึงการควบคุมการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ที่เป็นอันตราย ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์น้ำดื่มและน้ำแข็งที่ออกสู่ตลาดมีคุณภาพต่ำและไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ปัญหา

ดังกล่าวก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภค เช่น การเกิดโรคติดเชื้อทางเดินอาหารและโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคน้ำที่ปนเปื้อน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างความเข้าใจให้กับผู้ประกอบการและพนักงาน เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตและเพิ่มความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคและน้ำแข็งในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ[1,2]

การเสริมสร้างความเข้าใจ (Concept of Enhancing Understanding) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ถูกต้องแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปฏิบัติที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสื่อสารสองทางที่เปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังใช้สื่อและวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การฝึกอบรม การสาธิต หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจและความตระหนักในความสำคัญของเรื่องที่เรียนรู้ พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด แนวคิดนี้จึงเป็นเครื่องมือสำคัญผู้ประกอบการและบุคลากร เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคและน้ำแข็งอย่างยั่งยืน[4]

จังหวัดกาฬสินธุ์มีการเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพน้ำดื่มและน้ำแข็งอย่างต่อเนื่องและเข้มงวด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ดำเนินการตรวจสอบสถานที่ผลิตน้ำดื่มและน้ำแข็งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าสถานที่ผลิตมีสุขลักษณะที่เหมาะสม กระบวนการผลิตถูกต้อง และการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยอาหาร อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความพยายามในการควบคุมคุณภาพอย่างเข้มงวด แต่จากการตรวจสอบและสำรวจยังคงพบปัญหาการปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคและน้ำแข็งในบางกรณี ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคและเป็นอุปสรรคต่อผู้ผลิตอาหารบางประเภท สาเหตุสำคัญของปัญหาส่วนหนึ่งมาจากความเข้าใจของผู้ประกอบการและพนักงานในสถานที่ผลิตที่ยังไม่ครบถ้วนและไม่เพียงพอ ส่งผลให้การปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตยังมีข้อบกพร่อง รวมถึงการจัดการความสะอาดและสุขาภิบาลที่ยังต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและคุณภาพของน้ำดื่มและน้ำแข็งที่ผลิตในพื้นที่อย่างแท้จริง

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การศึกษาผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสมแก่ผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์น้ำดื่มและน้ำแข็งในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังพบปัญหาการปนเปื้อนอย่างจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนและลดความเสี่ยงจากโรคที่เกี่ยวข้องกับน้ำบริโภคและน้ำแข็งที่ไม่ปลอดภัยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง
2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง
3. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา ผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีระยะเวลาในการวิจัย

ระหว่าง เดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 183 แห่ง คัดเลือกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นสถานประกอบการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทหรือผลิตน้ำแข็งที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) สถานประกอบการยังคงดำเนินกิจการอยู่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล 3) ผู้ประกอบการหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจในสถานประกอบการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1) สถานประกอบการที่หยุดดำเนินกิจการหรือปิดกิจการถาวร 2) สถานประกอบการที่อยู่ระหว่างการปรับปรุงหรือซ่อมแซมจนไม่สามารถดำเนินการผลิตได้ในช่วงเวลาศึกษา 3) ผู้ประกอบการหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจไม่ยินยอมให้ข้อมูลหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความเข้าใจ กำหนดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจ ดำเนินการตามกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจ ติดตามและสรุปผลของการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง 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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .755

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. วิเคราะห์ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

2. กำหนดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

3. ดำเนินการตามกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

4. ติดตามและสรุปผลของการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t - test ในการวิเคราะห์ ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนการดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

2. การเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ได้แก่ การค้นหาประเด็น/สาเหตุ ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน

3. ผลของการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง พบว่า

3.1 ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง

ตารางที่ 1 การตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้าบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง (n = 183)

สถานประกอบการ	ส่งวิเคราะห์	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
			ค่ากรด - ด่าง	โคลิฟอร์ม
183	100	83 (83.0%)	13 (13.0%)	4 (4.0%)

จากตารางที่ 1 การตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้าบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ ค่ากรด – ด่าง จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13 และไม่ผ่านเกณฑ์ โคลิฟอร์ม จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคาร ผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	3.08	0.36	4.53	0.36	182	-31.996	.000	-1.53390	-1.35571
หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา	3.05	0.44	4.54	0.36	182	-28.618	.000	-1.58444	-1.38005
หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต	3.04	0.31	4.55	0.35	182	-36.700	.000	-1.58795	-1.42592
หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล	3.07	0.39	4.53	0.37	182	-30.029	.000	-1.55779	-1.36570
หมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล	3.07	0.39	4.53	0.37	182	-30.058	.000	-1.55479	-1.36324
รวม	3.07	0.16	4.54	0.30	182	-54.744	.000	-1.52397	-1.41793

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งหลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนการดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของณัฏฐ์อริญ เดชะศิริพงษ์[3] ได้ศึกษาการประเมินตนเองของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ในจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผลการประเมินโดยผู้ประกอบการพบว่าผ่านตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) คะแนนรวม 86.03 คะแนน ผลการประเมินโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พบว่า มีผลการประเมินผ่านตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) คะแนนรวม 79.62 คะแนน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวดล ช่วงสกุล (2564) ได้ศึกษามาตรฐานการผลิตน้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิทของสถานประกอบการพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ

ผลการศึกษา พบว่ามาตรฐานจีเอ็มพีที่ผ่านน้อยที่สุดคือหมวด 3 จำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ53.6) ผลการศึกษาคุณภาพของน้ำดื่มพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 50) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำ การเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ได้แก่ การค้นหาประเด็น/สาเหตุปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ตามแนวคิดแนวคิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้[4,5,6] เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ถูกต้องแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปฏิบัติที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสื่อสารสองทางที่เปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ส่งผลให้ ความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะ

บรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งหลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการสอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิราภรณ์ ประสพชัยชนะ[7] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีผู้ควบคุมการผลิตอาหารของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยทางด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยทางด้านการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ และปัจจัยทางด้านกฎหมาย มีผลต่อการมีผู้ควบคุมการผลิตอาหารของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซึ่งผู้ประกอบการจะต้องตระหนัก เล็งเห็นถึงความสำคัญ และเข้าใจเจตนารมณ์ของกฎหมายเพื่อพัฒนาสถานที่ผลิตของตนให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (GMP 420) ผลิตน้ำดื่มที่มีคุณภาพ หน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายช่วยเหลือส่งเสริม สนับสนุน ให้ความรู้ข้อมูลทางวิชาการ ข้อมูลเชิงเทคนิค ข้อกฎหมาย รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง และสุดท้ายการบังคับใช้กฎหมายเพื่อความเท่าเทียมยุติธรรม และเป็นการคุ้มครองประชาชนผู้บริโภคให้ได้รับผลิตภัณฑ์น้ำดื่มที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผลการศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท สรุปได้ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การประชุมพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ สร้างจิตสำนึกและทัศนคติที่ดีต่อส่วนรวม 2) การอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะและมีแนวทางการดำเนินการตามกฎหมายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 3) จัดทำต้นแบบสถานที่ผลิตเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ 4) ผู้ควบคุมการผลิตอาหาร พัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ กำหนดจรรยาบรรณ บทบาทหน้าที่ และบทลงโทษที่ชัดเจน 5) สนับสนุนช่วยเหลือเอกสาร แบบบันทึกข้อมูลและการรายงาน แบบฟอร์มต่างๆ 6) การบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน นอกจากนี้ยังพบว่า การตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ ค่ากรด – ด่าง จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13 และไม่ผ่านเกณฑ์ โคลิฟอร์ม จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4 สอดคล้องกันกับการศึกษาของชวดล ช่วงสกุล[8] ได้ศึกษามาตรฐานการผลิตน้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิทของสถานประกอบการพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า มีสถานประกอบการผ่านมาตรฐานจีเอ็มพีในภาพรวมทั้งหมด 23 แห่ง (ร้อยละ 82.1) โดยมาตรฐานหมวด 4 และหมวด 8 ผ่านมากที่สุดคือ 27 แห่ง (ร้อยละ 96.4) รองลงมาได้แก่ หมวด1 และหมวด6 จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 89.3) สำหรับมาตรฐานจีเอ็มพีที่ผ่านน้อยที่สุดคือหมวด3 จำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ53.6) ผลการศึกษาคุณภาพของน้ำดื่มพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 50) ส่วนคุณภาพด้านความกระด้าง ปริมาณคลอรีนอิสระ และความเป็นกรด-ด่างของน้ำ ผ่านมาตรฐานทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ควรมีการดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ที่ประกอบด้วย การค้นหาประเด็น/สาเหตุปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาและพัฒนาการดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็ง ในระยะยาวเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทและน้ำแข็งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2564 ข). คู่มือการตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP 420). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
2. กองอาหาร.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2564 ก). คู่มือสำหรับผู้ควบคุมการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแร่ธรรมชาติและน้ำแข็งบริโภค. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3. ณัฏฐ์อริญ เดชะศิริพงษ์.(2566). การประเมินตนเองของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิต (GMP 420) ในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 3(1). 71-86
4. Mallia, J. (2017). Strategies for Developing English Academic Writing Skills. Arab World English Journal, 8(2). DOI: https://dx.doi.org/10.24093/awej/vol8no2.1
6. Davenport,T. and Prusak,L.(1998). Working knowledge: How organizations manage what they know. Chambridge MA: Harvard Business School Press.
5. ประพนธ์ ผาสุขยืด. (2547). การจัดการความรู้ ฉบับมือใหม่หัดขับ. กรุงเทพฯ : ใยไหม.
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2549. คู่มือการสร้างกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้. [Online]. เข้าถึงจาก http://www.opdc.go.th/oldweb/thai/KM/KM_Learning.pdf. สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2559.
7. ศิราภรณ์ ประสพชัยชนะ.(2565). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีผู้ควบคุมการผลิตอาหารของสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดชลบุรี. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 4(2). 27-43
8. ชวดล ช่วงสกุล . (2564). มาตรฐานการผลิตน้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิทของสถานประกอบการพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(3), 631–642.

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลหนองคาย

Results of model Nursing Practice Guideline for knee replacement surgery of patients with knee osteoarthritis in Nong Khai Hospital.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 23,2025 ; Accepted: June 24,2025)

จันทร์พร ไกรยราช[1] ปนัดดา บุญสาลี[1] คุนัญญา คุณละ[1]
Chanporn Kraiyarach[1] Khunanya Khunla[1] Panadda Boonsalee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อน-หลัง (One – Group Pretest Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยศึกษาในผู้รับบริการ 38 คน และผู้ให้บริการ 30 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย 2) คู่มือต่างๆ 3) แบบบันทึกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 - เมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Independent t-test และ Friedman test

ผลการศึกษา: 1) กลุ่มผู้รับบริการ พบว่าหลังใช้รูปแบบ คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจ ความสามารถในการงอเข่า ความสามารถในการเดินในแนวราบใน 6 นาที เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ (P-value < .001) ความปวด ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P-value < .001) 2) กลุ่มผู้ให้บริการ พบว่าหลังใช้รูปแบบ คะแนน ความรู้ พฤติกรรมและทักษะการพยาบาล ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของรูปแบบเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ (P-value < .001)

คำสำคัญ : รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstracts

This study was Quasi Experimental Research by One – Group Pretest Posttest Design aimed to compare the outcomes before and after implementing a nursing care model for patients undergoing total knee arthroplasty (TKA) due to osteoarthritis at Nongkhai Hospital. The study involved 38 service recipients and 30 service providers, selected through purposive sampling. The research instruments included: 1) the nursing care model for patients with knee osteoarthritis undergoing TKA at Nongkhai Hospital, 2) nursing manuals 3) a health promotion behavior recording form and 4) various questionnaires. Data were collected from December 2024 to April 2025. The data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, independent t-test, and Friedman test.

Results: 1) Among the service recipients, post-implementation scores in health promotion behavior, satisfaction, knee range of motion and 6-minute walking distance significantly increased (P-value < .001). Conversely, pain levels and WOMAC significantly decreased (P-value < .001). 2) Among the service providers, knowledge, nursing skills and behaviors, satisfaction, and perceived feasibility of the model significantly improved after implementation (P-value < .001).

Keywords: Nursing care model, osteoarthritis patients, total knee arthroplasty

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

บทนำ

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 55 ปี ผู้ที่มีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ต้องมีการใช้ข้อเข่าหรือมีแรงกดต่อข้อเข่ามากๆ และผู้ที่ขามีความผิดปกติของโครงสร้าง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (total knee arthroplasty) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการลดปวดจากโรคข้อเข่าเสื่อม ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2558 จำนวน 6,353 ราย 8,690 ราย และ 10,736 รายตามลำดับ[1] ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ การสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด ปวดแผลผ่าตัด การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และบริเวณท่อระบายต่างๆ เช่น ท่อระบายเลือดจากแผล[2] และที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแล และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ข้อเข่าเทียม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่การลดปวด การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การสังเกตและดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน ซึ่งการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังทำผ่าตัด[3] ลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้[4] ดังนั้นจึงมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยต้องสามารถเหยียดและงอเข่าได้ดี ข้อเข่า ไม่ติด สามารถเดินในแนวราบด้วยเครื่องช่วยเดินแบบสี่ขา (walker) ได้อย่างมั่นคงและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความเหมาะสมภายในวันที่ 4 ถึง 6 หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม[5] โรงพยาบาลหนองคายมีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม ในปี 2564 - 2566 จำนวน 1,590 คน 1,673 คน และ 2,817 คน ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 56 คน (ร้อยละ 3.5), 120 คน (ร้อยละ 5.57) และ 140 คน (ร้อยละ 4.96) ผู้ป่วยเข้าถึงการผ่าตัดมีจำนวนเฉลี่ย 20 เข่าต่อเดือน[6] ผู้ป่วยจะนอนรักษาตัวที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และหอผู้ป่วยพิเศษต่างๆ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มีความหลากหลาย เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานทางคลินิกเดียวกัน พบอุบัติการณ์แผลติดเชื้อ ข้อเข่าติด เดินได้ช้ากว่าปกติ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลหนองคายเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสม มีการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดค่าใช้จ่าย ลดวันนอน และเกิดความพึงพอใจสูงสุด พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับความปวด และการส่งเสริมเพื่อฟื้นฟูสภาพ หากพยาบาลสามารถรับรู้และปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเชิงคลินิก จะนำไปสู่การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยซึ่งเป็นของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ มีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานทางคลินิกเพื่อจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด และ การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จึงได้นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย มาใช้ และทำการศึกษาผลการใช้รูปแบบดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจ ความเจ็บปวด ความสามารถในการงอเข่า (knee range of motion) ด้านความสามารถเดินในแนวราบระยะทางอย่างน้อย 20 เมตร ใน 6 นาที ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) ของผู้รับบริการ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ

เข่าเทียม ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของรูปแบบ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล

วิธีการศึกษา

ศึกษาเรื่องผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกกลุ่มอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลหนองคาย เป็นการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อน-หลัง (One – Group Pretest Posttest Design) โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee) สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2553[5] และแนวคิดระบบและรูปแบบบริการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิด[7]

ประชากร กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยพิเศษ 60/2 หอผู้ป่วยพิเศษสู่ขวัญ,หอผู้ป่วยพิเศษ สิริปุณโน ,หอผู้ป่วยพิเศษนาคา 4-5

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย ในช่วงเดือนธันวาคม 2567 - เมษายน 2568 และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยพิเศษ 60/2 หอผู้ป่วยพิเศษ สู่ขวัญ,หอผู้ป่วยพิเศษ สิริปุณโน,หอผู้ป่วยพิเศษนาคา 4-5

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.5 ค่า ความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า power เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้รับบริการจำนวน 34 คน[8] เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็น 38 คน กลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 27 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็น 30 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง 3) ระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง และ 4) ระยะก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. คู่มือต่างๆ 1) คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 2) QR code คู่มือการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 3) QR code คำแนะนำ เรื่อง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 4) QR code คำแนะนำ เรื่อง การจัดการความปวด5) QR code คำแนะนำ เรื่อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 6) QR code VDO การผ่าตัดข้อเข่าเทียม 7) QR code VDO การสอนผู้ป่วยจำลองการใช้ชีวิตประจำวันก่อนผ่าตัด 8) QR code VDO การฝึกเดินวันแรกหลังการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 9) QR code VDO ADL stimulation station 10) แผ่นพลิกการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 11) แบบบันทึกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านผู้รับบริการ

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) อาชีพ 4) สถานภาพสมรส 5) ระดับการศึกษา 6) รายได้ 7) น้ำหนัก 8) โรคประจำตัว 9) ประวัติการผ่าตัด 10) การสูญเสียเลือด 11) การได้รับยาบรรเทาปวดในห้องผ่าตัด 12) ระยะเวลาที่นอน รพ 13) ผู้ดูแลหลังผ่าตัด

3.2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ[9] แบ่งเป็น 3 ระดับ[10] คะแนนเฉลี่ย 20.00 - 40.00 คะแนน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 40.01 - 60.00 คะแนน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 60.01 – 80.00 คะแนน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมันชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88

3.3 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 10.00 - 20.00 คะแนน มีความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 20.01 - 30.00 คะแนน มีความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 30.01 – 40.00 คะแนน มีความพึงพอใจ มาก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมันชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.90

3.4 แบบประเมินคะแนนความเจ็บปวด หลังการผ่าตัดทันที จนถึงก่อนจำหน่าย เป็นแบบบันทึกคะแนนความปวด (Pain scale) การประเมินความปวด โดยใช้ NRS : Numeric rating scale 0-10 แบ่งเป็น 3 ระดับ

คะแนนเฉลี่ย 0.00-3.33 คะแนน มีความเจ็บปวดระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 3.34-6.67 คะแนน มีความเจ็บปวดระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.68-10.00 คะแนน มีความเจ็บปวด ระดับมาก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมันชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86

3.5 แบบประเมินความสามารถในการงอเข่า (knee range of motion) ประเมินด้วยไม้วัดมุมเข่า (goniometer) วัด 3 ครั้ง วัดก่อนผ่าตัด วัดวันที่ 6 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวัดวันที่ผู้ป่วย มาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ การแปลผลเป็นมุมองศาของข้อเข่า ถ้าผู้ป่วยสามารถงอเข่าได้ไม่น้อยกว่า 90 องศา แสดงว่างอเข่าได้ดี แต่หากงอเข่าได้น้อยกว่า 90 องศา แสดงว่างอเข่าได้น้อย

3.6 แบบบันทึกความสามารถเดินในแนวราบ ระยะทางอย่างน้อย 20 เมตร ใน 6 นาที วัด 3 ครั้ง วัดก่อนผ่าตัด วัดวันที่ 6 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวัดวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ โดยให้เดินแนวราบด้วยเครื่องช่วยเดินแบบสี่ขา (walker) ระยะทาง 20 เมตร ในระยะเวลา 6 นาที ระหว่างทาง มีเครื่องหมายบอกระยะทางทุกๆ 2 เมตร บอกจุดที่ต้องเลี้ยว 2 จุด และ มีเก้าอี้ไว้สำหรับพักระหว่างทาง ช่วงเวลานั่งพักก็จะนับรวมในช่วงเวลาด้วย การแปลผลเป็นระยะทาง (เมตร) ถ้าผู้ป่วยสามารถเดินในแนวรายได้ไม่น้อยกว่า 20 เมตร แสดงว่าสามารถเดินได้ดี แต่หากเดินได้ระยะทางน้อยกว่า 20 เมตร แสดงว่าสามารถเดินได้น้อย

3.7 แบบบันทึกความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) ใช้แบบสอบถาม Modified WOMAC จำนวน 22 ข้อ โดยใช้ NRS : Numeric rating scale 0-10 ประเมินระดับความปวดจำนวน 5 ข้อ (คะแนน 0= ไม่ปวดเลย 10=ปวดมากจนทนไม่ได้) ประเมินระดับความฝืด จำนวน 2 ข้อ (คะแนน 0=ไม่มีอาการฝืดเลย 10=มีอาการฝืดมากที่สุด) ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ 15 ข้อ (คะแนน 0=ทำได้ดีมาก 10=ไม่สามารถทำได้) คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 220 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 0.00-73.33 คะแนน มีรุนแรงระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 73.34- 146.66 คะแนน มีความรุนแรงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 146.67 - 220.00 คะแนน มีความรุนแรงระดับมาก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมันชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91

4. เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านผู้ให้บริการ

4.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวณ 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) ตำแหน่ง 5) หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน 6) ประสบการณ์

ทำงาน 7) ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และ 8) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุที่ผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม

4.2 แบบทดสอบความรู้จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ก-ง ใช้วัดความรู้ก่อนให้ความรู้ (Pre-test) และใช้วัดความรู้ (Post-test) หลังจากการใช้รูปแบบ และแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นระยะ 6 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 00.00-05.00 คะแนน มีความรู้ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 05.01-10.00 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 10.01-15.00 คะแนน มีความรู้ระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และค่าความเชื่อมันชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 ผลการทดสอบค่าความยากง่าย (Difficulty) ของแบบทดสอบ อยู่ในเกณฑ์ 0.20 – 0.80

4.3 แบบประเมิน ทักษะและพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นแบบสอบถามและสังเกต จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 20.00 - 40.00 คะแนน มีทักษะและพฤติกรรมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 40.01 - 60.00 คะแนน มีทักษะและพฤติกรรมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 60.01 – 80.00 คะแนน มีทักษะและพฤติกรรมระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมันชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89

4.4 แบบประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 10.00 - 20.00 คะแนน มีความเป็นไปได้ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 20.01 - 30.00 คะแนน มีความเป็นไปได้ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 30.01 – 40.00 คะแนน มีความเป็นไปได้ ระดับมาก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมันชนิด Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87

คุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือจาก เรื่องการพัฒนาและประเมินผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ของ ร้อยตำรวจโทหญิง วิลาวัณย์ นาคปลัด[11] มาปรับปรุงและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่า CVI เท่ากับ .92 และ นำมาทดสอบ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (1990)[9] ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.865

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Independent t-test และ Friedman test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังนำรูปแบบไปใช้

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำเสนอเค้าโครง ร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง และได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2567 เลขที่ 13/2568

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ในกลุ่มผู้รับบริการ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.32 อายุเฉลี่ย 65.24 ปี (S.D.= 6.99) เป็นผู้เกษียณร้อยละ 36.84 รองมาเป็นเกษตรกรรมร้อยละ 23.68 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 81.58 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28.95 รองมา ระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 21.05 และ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 18.42 ตามลำดับ มีรายได้ มากว่า 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน และ มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน เท่าๆกัน คือร้อยละ 34.21 ค่า BMI แสดงว่า มีน้ำหนักมาก และเป็นโรคอ้วนระดับ 1 รวมกัน ร้อยละ 76.32 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.74 เบาหวาน ร้อยละ 52.63 หัวใจ ร้อยละ 42.11 โรคข้อต่างๆ ร้อยละ 31.59 กระดูกเสื่อม ร้อยละ 13.16 ไขมันสูง ร้อยละ 10.53 เคยมีประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 5.26 การสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด อยู่ในเกณฑ์ปกติ 10-30 cc. ร้อยละ 100 การสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด (drain) มากกว่าปกติ 1,000 cc ร้อยละ 7.89 ทุกคนได้รับยาบรรเทาปวดจากห้องผ่าตัด ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล $\bar{x}$ =7.32 ปี (SD.= 1.38) เกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลหลังผ่าตัด ร้อยละ 84.

1.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ (n=38) ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย

1.2.1 ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าก่อนใช้รูปแบบมีคะแนน 41.83 (S.D.=3.00) หลังใช้รูปแบบมีคะแนน 62.57 (S.D.= 5.23) ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า หลังใช้รูปแบบมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยคะแนนหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น 20.74 คะแนน

1.2.2 ด้านความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบ พบว่าก่อนใช้รูปแบบมีคะแนน 25.84 (S.D.=6.55) หลังใช้รูปแบบ มีคะแนน 34.23 (S.D.= 1.58) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจพบว่า หลังใช้รูปแบบมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยคะแนนหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น 8.39 คะแนน

1.2.3 ด้านความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าก่อนใช้รูปแบบมีคะแนน 124.33 (S.D.= 34.89) หลังใช้รูปแบบ มีคะแนน 56.16 (S.D.= 18.58) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลังใช้รูปแบบความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001) โดยความรุนแรงหลังใช้รูปแบบลดลง 68.50 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มผู้รับบริการ (n=38)

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนใช้รูปแบบ (n=38)		หลังใช้รูปแบบ (n=38)		Mean	95%Confidence Interval of the Difference		t	P-value <.05
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		Lower	Upper		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	41.83	3.00	62.57	5.233	20.74	18.94	22.53	23.38	.000
ความพึงพอใจ	25.84	6.55	34.23	1.58	8.39	6.27	10.51	8.03	.000
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC)	124.66	34.89	56.16	18.58	68.50	76.96	60.035	16.40	.000

1.2.4 ด้านความเจ็บปวด พบว่า หลังผ่าตัดทันทีมีคะแนนความเจ็บปวด 7.34 คะแนน (SD.=1.44) หลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง มีคะแนนความเจ็บปวด 3.79 คะแนน (SD.=1.44) และวันที่ 6 ก่อนจำหน่าย มี

คะแนนความเจ็บปวด 1.45 คะแนน (SD.=1.01) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวด พบว่า คะแนนความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับหลังผ่าตัดทันที พบว่า หลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง มีคะแนนความเจ็บปวดลดลง 3.55 คะแนน และวันที่ 6 ก่อนจำหน่าย มีคะแนนความเจ็บปวดลดลง 5.89 คะแนน

1.2.5 ด้านความสามารถในการงอเข่า พบว่า ก่อนผ่าตัด มีคะแนนความสามารถในการงอเข่า 87.21 คะแนน (SD.=3.72) วันที่ 6 ก่อนจำหน่าย มีคะแนนความสามารถในการงอเข่า 100.29 คะแนน (SD.=5.66) และหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีคะแนนความสามารถในการงอเข่า 119.50 คะแนน (SD.=6.75) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการงอเข่า พบว่า คะแนนความสามารถในการงอเข่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด พบว่าวันที่ 6 ก่อนจำหน่าย มีคะแนนความสามารถในการงอเข่าเพิ่มขึ้น 13.08 คะแนน และหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีคะแนนความสามารถในการงอเข่าเพิ่มขึ้น 32.29 คะแนน

1.2.6 ด้านความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที พบว่าก่อนผ่าตัดมีคะแนนความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที 27.50 คะแนน (SD.=7.25) วันที่ 6 ก่อนจำหน่าย มีคะแนนความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที 37.95 คะแนน (SD.=8.02) และหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีคะแนนความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที 48.34 คะแนน (SD.=6.75) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที พบว่า คะแนนความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดทันที พบว่าวันที่ 6 ก่อนจำหน่าย มีคะแนนความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที เพิ่มขึ้น 10.45 คะแนน และหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีคะแนนความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที เพิ่มขึ้น 20.84 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเจ็บปวด ความสามารถในการงอเข่า และความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที เปรียบเทียบ 3 ช่วงเวลา ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มผู้รับบริการ (n=38)

ตัวแปร	ระยะการศึกษา	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Chi-Square	df	p-value
ความเจ็บปวด	หลังผ่าตัดทันที	7.34	1.44	75.51	2.00	<0.001*
	หลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง	3.79	1.44			
	วันที่ 6 ก่อนจำหน่าย	1.45	1.01			
ความสามารถในการงอเข่า	ก่อนผ่าตัด	87.21	3.72	75.51	2.00	<0.001*
	วันที่ 6 ก่อนจำหน่าย	100.29	5.66			
	2 สัปดาห์หลังจำหน่าย	119.50	6.75			
ความสามารถเดินในแนวราบใน 6 นาที	ก่อนผ่าตัด	27.50	7.25	76.00	2.00	<0.001*
	วันที่ 6 ก่อนจำหน่าย	37.95	8.02			
	2 สัปดาห์หลังจำหน่าย	48.34	6.57			

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2. ผลลัพธ์การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ในกลุ่มผู้ให้บริการ

2.1 ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 อายุเฉลี่ย 36.07 ปี (SD.= 9.37) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เกินครึ่ง ร้อยละ 56.67 รองมาเป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 40.00 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์มากที่สุดร้อยละ 36.67 หน่วยงานอื่นเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ร้อยละ 10.00-16.67 ส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.67 รองมามีประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปี ร้อยละ 26.67 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 73.33 ทั้งหมดยังไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้สูงอายุที่ผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม

2.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ (n=30) ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย

2.2.1 ด้านความรู้ พบว่าก่อนใช้รูปแบบมีคะแนน 6.77 (S.D.=0.82) หลังใช้รูปแบบ มีคะแนน 11.64 (S.D.= 1.65) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พบว่า หลังใช้รูปแบบคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดยคะแนนหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น 4.88 คะแนน

2.2.2 ด้านพฤติกรรมและทักษะการพยาบาล พบว่าก่อนใช้รูปแบบมีคะแนน 38.58 (S.D.= 4.02) หลังใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย 54.37 (S.D.= 7.46) ผลการเปรียบเทียบพบว่า หลังใช้รูปแบบคะแนนพฤติกรรมและทักษะการพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดยคะแนนหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น 15.79 คะแนน

2.2.3 ด้านความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของรูปแบบ พบว่าก่อนใช้รูปแบบมีคะแนน 20.22 (S.D.= 3.47) หลังใช้รูปแบบมีคะแนน 28.45 (S.D.= 1.678) ผลการเปรียบเทียบพบว่า หลังใช้รูปแบบคะแนนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดยคะแนนหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น 8.23 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบผล ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มผู้ให้บริการ (n=30)

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนใช้รูปแบบ (n=38)		หลังใช้รูปแบบ (n=38)		Mean	95%Confidence Interval of the Difference		t	P-value <.05
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		Lower	Upper		
ความรู้	6.77	0.82	11.65	1.65	4.88	4.19	5.58	14.35	.000
พฤติกรรมและทักษะการพยาบาล	38.58	4.02	54.37	7.46	15.79	13.13	18.44	12.17	.000
ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของรูปแบบ	20.22	3.47	28.45	1.68	8.23	6.97	9.49	13.36	.000

สรุปและอภิปรายผล

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ในกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาล

หนองคายทุกกลุ่มอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า

1) กลุ่มผู้รับบริการภายหลังใช้รูปแบบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจ ความสามารถในการงอเข่า ความสามารถในการเดินในแนวราบใน 6 นาที เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ (P-value < .001) ความปวด ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P-value < .001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา เช่น ศุภากร เอกมฤเคนทร์ และคณะ[12] ชวิศ เมธาบุตร[13] นิลุบล ไชยโกมล[14] อภิชาติ กาศโอสถ และคณะ [15] ดารารัตน์ นวมทอง และคณะ[16] Gemma M Orange [17]Baloch[18] ซึ่งได้นำรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด 3-4 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง การพยาบาลก่อนจำหน่าย การพยาบาลติดตามหลังจำหน่ายมา ใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยใช้แนวคิดหลากหลาย อธิบายได้ว่ารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลต่างๆ ที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การออกแบบรูปแบบการพยาบาลที่ครอบคลุม ง่าย สะดวก เหมาะสม การมีเครื่องมือช่วย เช่น QR code คำแนะนำ คลิป VDO ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การฝึกเดิน การใช้เครื่องช่วยเดิน 4 ขา (walker) จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ผลลัพธ์ทางคลินิกย่อมดีขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมและฝึกปฏิบัติก่อนการผ่าตัด ในเรื่องการจัดการความปวด การออกกำลัง การเคลื่อนไหว เพื่อฟื้นฟูสภาพ การสังเกตภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เห็นความสำคัญ มีทักษะ ในการจัดการความปวด สามารถออกกำลังฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี ความปวดลดลงอย่างเหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลตามระยะการผ่าตัด ได้รับการประเมิน และเตรียมก่อนจำหน่าย มีการใช้แบบติดตามพฤติกรรมสุขภาพ มี QR code ในการฝึกปฏิบัติเป็นเครื่องมือ ในการฟื้นฟูส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกเช่นความปวด ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการงอเข่า การเดินในแนวราบในระยะเวลา 6 นาที ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

2) กลุ่มผู้ให้บริการภายหลังใช้รูปแบบคะแนนความรู้ พฤติกรรมและทักษะการพยาบาล ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของรูปแบบเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ (P-value < .001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัณย์ นาคปลัด[11] Soffin & Yadeau[19] นวลจันทร์ คูสุวรรณ์[20]มณีวรรณ โฮมแพน[21] อธิบายได้ว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย ที่เกิดการศึกษาค้นคว้า จากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาปรับปรุง ออกแบบรูปแบบให้ง่าย สะดวก เหมาะสม กับบริบทของโรงพยาบาลหนองคาย และนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย 4 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง 3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 24 - 72 ชั่วโมง 4) การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย โดยให้พยาบาลวิชาชีพเน้นการเตรียมผู้ป่วยและญาติ ให้ฝึกปฏิบัติการจัดการความปวด การออกกำลังเพื่อฟื้นฟูสภาพ การสังเกตภาวะแทรกซ้อนอาการผิดปกติ การติดตามประเมินความปวด ความสามารถในการงอเข่า ความสามารถในการเดินทางราบในเวลา 6 นาที การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การติดตามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จากการประเมินความเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบ จะเห็นว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของหน่วยงาน ผู้ใช้รูปแบบมีความรู้สึกพึงพอใจ รับรู้ถึงประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ มีการทำงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เป็นระบบ มีขั้นตอนที่ชัดเจนในการปฏิบัติ มีคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เข้าถึงง่าย ทันสมัย

ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการพยาบาล ความพึงพอใจจึงเพิ่มขึ้น

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลหนองคาย มีผลทำให้กลุ่มผู้รับบริการมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการมีความรู้ พฤติกรรมและทักษะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ:

1. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมรับฟังคำแนะนำ และให้ญาติช่วยฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่า ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ

2. นำรูปแบบการพยาบาล 4 ระยะไปขยายผลหรือปรับเปลี่ยนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา. [Internet]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/

2.นงนุช สิระชัยนนท์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคลิ่มเลือดอุดตัน ในอำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์ (บรรณาธิการ) โรคเลือดออกง่ายและลิ่มเลือดอุดตัน: แนวทางวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ; 2559: 19-26.

3.Labraca, S. N. Castro-Sanchez, M. A., Mataran-Penarrocha, A. G, Morales, A. M. Sanchez-Joya, M. M., & lorenzo M. C. Benefits of starting rehabilitation within 24 hours of primary total knee arthroplasty: Randomized clinical trial. Clinical Rehabilitation 2011; 25(6): 557 – 566. [Internet]. 2023. [cited 2024 Oct 8]. Available: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215510393759.

4.Cram, P., Lu, X, Kates, S, L., Singh, A. Li Y, & Wolf, B, R. Total knee arthroplasty volume, utilization, and outcomes among medicare beneficiaries,1991-2010. American Medical Association 2012; 308(12): 1227-1236. [Internet]. 2023. [cited 2024 Oct 8]. Available: https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2755562.

5.ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2554). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2567]; เข้าถึงจาก: https://thairheumatology.org/phocadownload/36/Guideline_003.pdf

6.ศูนย์สารสนเทศข้อมูลโรงพยาบาลหนองคาย. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองคาย 2564 - 2566.(เข้าถึง 12 ต.ค.2567).

7.ปรางทิพย์ อุจะรัตน. การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์จำกัด; 2541.

8.อินทิรา ไพนุพงศ์. วิภา แซ่เซี้ย และเนตรนภา คู่พันธวี. โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ในการออกกำลังกายต่อผลลัพธ์การฟื้นสภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลานครินทร์: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.

9.พวงรัตน์ ทวีรัตน์.วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.กรุงเทพฯ: เจริญผล;2540. 125-126.

10.บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

11.วิลาวัณย์ นาคปลัด. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการฟื้นสภาพของผู้ป่วย สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลานครินทร์: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.

12.ศุภากร เอกมฤเคนทร์, วารี กังใจ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2566). ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2566; 31(3): 13 – 24.

13.ชวิศ เมธาบุตร.การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16(3): 969 – 985

14.นิลุบล ไชยโกมล (2563). ผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2563; 28(3): 384-391.

15.อภิชาติ กาศโอสถ, พิกุล พรพิบูลย์ และจันทร์ฉาย โยธาใหญ่. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. พยาบาลสาร 2563; 47(3): 168-180.

16.ดารารัตน์ นวมทอง, วรรณภา ลีพิทักษ์วัฒนา และอินทร์ธิรา พัฒน์ปรียากุล. การเปรียบเทียบความสามารถในการใช้งานข้อเข่าระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi 2562; 2(1): 64-84.

17.Gemma M Orange, Dana A Hince, Mervyn J Travers, Tasha R Stanton, Matthew Jones, Saurab Sharma, Sumin Kim, Benedict M Wand, Myles C Murphy. Physical Function Following Total Knee Arthroplasty for Osteoarthritis: A Longitudinal Systematic Review With Meta-analysis 2023. [Internet]. 2023. [cited 2024 Oct 8]. Available: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39741451/

18.Baloch, N., Zubairi, A. J., Rashid, R. H., Hashmi, P. M., & Lakdawala, R. H. Effect of continuous passive motion on knee flexion range of motion after total knee arthroplasty. J Pak Med Assoc 2515; 65(11): 32-34.

19.Soffin, E. M., & Yadeau, T. (2016). Enhanced recovery after surgery for primary hip and knee arthroplasty. British Journal of Anesthesia 2016; 117(S3): iii62 – iii72.

20.นวลจันทร์ คูสุวรรณ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน 2565; 9(1):77-96

21.มณีวรรณ โฮมแพน สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์.การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคล ของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง

FACTORS AFFECTING PERSONAL FINANCIAL PLANNING BEHAVIOR OF ANG THONG HOSPITAL PERSONNEL.

(Received: June 5,2025 ; Revised: June 15,2025 ; Accepted: June 16,2025)

ดนิตา เพ็ชรวิจิตร[1] ทัศนีย์ สุนทร[2] ปรัชพร กลีบประทุม[3]
Mrs.Danita Petchivichit[1] Thatsanee sunthorn[2] Mr.Pratchaporn Kleepprathum[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคล 2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงิน และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการวางแผนทางการเงินของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 306 คน คำนวณจากสูตรเครซซี่และมอร์แกน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.55, S.D.=0.73) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ การวางแผนการบริโภคและอุปโภค ($\overline{X}$ = 4.09, S.D.=0.69) รองลงมาคือ การวางแผนในด้านของหนี้สิน ($\overline{X}$ = 3.91, S.D.= 0.55) และด้านการวางแผนการซื้อและครอบครองสินทรัพย์ ($\overline{X}$ = 3.60, S.D.=0.85) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การวางแผนการออมและการลงทุน ($\overline{X}$ = 3.13, S.D.= 0.98) 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 23.17

คำสำคัญ พฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคล บุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง

Abstract

This survey research aimed to examine 1) the level of personal financial planning, 2) factors influencing financial planning behaviors, and 3) the relationship between demographic factors and financial planning among 306 staff members of Ang Thong Hospital, determined using Krejcie and Morgan's sampling formula. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that: 1) Overall personal financial planning behavior was high ($\overline{X}$ =3.55, S.D.=0.73), with consumption planning scoring highest ($\overline{X}$ =4.09, S.D.=0.69), followed by debt management ($\overline{X}$ =3.91, S.D.=0.55) and asset acquisition planning ($\overline{X}$ =3.60, S.D.=0.85), while savings/investment planning scored lowest ($\overline{X}$ =3.13, S.D.=0.98). 2) Personal factors (age, job position, education level) showed statistically significant but weak positive correlations ($p<0.05$) with financial planning behaviors, collectively accounting for 23.17% of variance.

Keywords: personal financial planning behavior; Ang Thong Hospital personnel

บทนำ

ในยุคปัจจุบัน การวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลถือเป็นทักษะที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในสภาวะเศรษฐกิจที่ไม่แน่นอน การวางแผนทางการเงินที่ดีสามารถช่วยให้บุคคลมีความมั่นคงในชีวิตทางการเงิน มีเงินออมเพียงพอในยามฉุกเฉิน และสามารถวางแผนอนาคต เช่น การเกษียณอายุหรือการลงทุนเพื่อความมั่นคงในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1] อย่างไรก็ตาม แม้บุคคลจะมีรายได้สม่ำเสมอ แต่หากขาดการวางแผนทาง

การเงินที่ดี ก็อาจเผชิญกับปัญหาหนี้สินและความเครียดทางการเงินได้ บุคลากรในภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลของรัฐ เช่น โรงพยาบาลอ่างทอง มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน แต่ในขณะเดียวกันก็อาจประสบกับข้อจำกัดทางการเงิน เนื่องจากรายได้ที่ไม่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับภาระหน้าที่ที่ต้องแบกรับ[2] ความเครียดจากงาน และภาระทางเศรษฐกิจอาจส่งผลต่อพฤติกรรมทางการเงินของบุคลากรเหล่านี้ ซึ่งอาจนำไปสู่การขาดการวางแผนทางการเงินที่เหมาะสม

มีงานวิจัยจำนวนมากที่กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงิน เช่น ระดับความรู้ทางการเงิน ทัศนคติทางการเงิน อิทธิพลจากสังคม รวมถึงระดับรายได้และภาระหนี้สิน[3] อย่างไรก็ดี งานวิจัยที่มุ่งศึกษาในบริบทของบุคลากรโรงพยาบาลระดับจังหวัดโดยเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลอ่างทอง ยังมีค่อนข้างจำกัด ซึ่งการศึกษาปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจบริบทเฉพาะด้านได้มากขึ้น

การเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินของบุคลากรในโรงพยาบาลอ่างทอง จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการออกแบบนโยบายหรือแนวทางส่งเสริมการวางแผนทางการเงินที่เหมาะสม โดยเฉพาะในระดับองค์กร ซึ่งอาจรวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้ทางการเงิน หรือการสนับสนุนผ่านสวัสดิการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปต่อยอดในการวางแผนทรัพยากรบุคคลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรในระยะยาว

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง” จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ โดยจะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ที่ยังขาดในระดับพื้นที่ และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาความมั่นคงทางการเงินของบุคลากร ซึ่งจะส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและคุณภาพของบริการสาธารณสุขโดยรวมในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการวางแผนด้านการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ เงินเดือน สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภาระหนี้สินของตนเองและครอบครัวต่างกัน มีการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ในลักษณะการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง ด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ศึกษาเฉพาะเขตพื้นที่การศึกษาในโรงพยาบาลอ่างทอง ผู้วิจัยทำการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง ที่สมัครใจ

เข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่จำกัดเพศ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,008 คน กลุ่มตัวอย่างคือ คัดเลือกจากประชากรโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จากสูตรของเครซซี่และมอร์แกน[4] ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 278 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (Dropout rate) และความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม การศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย[5] สำหรับการวิจัยนี้โดยใช้อัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 10[6] ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 306 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ เงินเดือน สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภาระหนี้สินของตนเองและครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามตรวจรายการ (Check list) ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการวางแผนการเงินส่วนบุคคล จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การวางแผนการบริโภคและอุปโภค 2) การวางแผนการออมและการลงทุน 3) การวางแผนในด้านของหนี้สิน 4) การวางแผนการซื้อและรอบครองสินทรัพย์ 5) การวางแผนเกษียณ 6) การวางแผนมรดก ลักษณะแบบสอบถามเป็นการให้คะแนนตามระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างและใช้มาตราของ Likert scale 5 ระดับ ตอนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางแผนด้านการเงินส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Opened End) ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบได้อย่างอิสระ

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดอ่างทองแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง และติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและขอความกรุณาให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วนำแบบสอบถามใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึกและส่งคืนผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถาม ที่มีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ จำนวน 306 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่แจกไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนโรงพยาบาลอ่างทอง โดยใช้การวิเคราะห์สมการ

ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis: MRA)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดอ่างทอง เลขที่โครงการวิจัย ATGEC 118/2567 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผลตอบแบบสอบถามที่ทำการสำรวจ 306 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 69.61 และเพศชาย จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 30.39 มีอายุระหว่าง 41– 50 ปี จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 60.46 รองลงมามีอายุ 31– 40 ปีจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 30.06 มีอายุระหว่าง 51– 60 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 และมีอายุ 20– 30 ปีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.92 มีรายได้ที่ 10,001-20,000 บาท จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 50.98 รองลงมามีรายได้ที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท จำนวน 35 คิดเป็นร้อยละ 11.43 มีรายได้ที่ 20,001-30,000 บาทจำนวน 45 คิดเป็นร้อยละ 14.71 และมีรายได้ที่ 30,001 บาทขึ้นไปจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 22.88 มีสถานภาพสมรส จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 63.40 รองลงมามีสถานภาพโสด จำนวน 78 คน คิด เป็นร้อยละ 25.49 มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 3 คน มีจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 54.90 รองลงมา มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 3-5 คน มีจำนวน 82 คิดเป็นร้อยละ 26.80 และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คนขึ้นไป จำนวน 56 คิดเป็นร้อยละ 18.30 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช./ประกาศนียบัตรวิชาชีพขึ้นไป จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 39.87 รองลงมามีระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10 และสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 11 คิดเป็นร้อยละ 3.60 ตำแหน่งงานปัจจุบันระดับปฏิบัติการหรือเทียบเท่ามีจำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 71.24 รองลงมาคือระดับชำนาญการหรือเทียบเท่า จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 26.14 และระดับชำนาญการพิเศษหรือเทียบเท่า จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.61 มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี 184 คน คิดเป็นร้อยละ 60.13 รองลงมา มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 11-15 ปีขึ้นไป จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 21.90 รองลงมามีระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 และ 5 - 10 ปี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 12.09 ความเพียงพอของรายได้ มีความเพียงพอมีจำนวน คน 168 คิดเป็นร้อยละ 54.90 ไม่มีความเพียงพอ มีจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 45.10 ภาระหนี้สินของตนเองและครอบครัว ไม่มีภาระหนี้สินมีจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 54.90 รองลงมีมีภาระหนี้สินมากกว่า 30001 บาทมีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 รองลงมามีภาระหนี้สินมากกว่า 20001-30000 บาทมีจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 11.44 รองลงมามีภาระหนี้สินมากกว่า 10001-20000 บาทมีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 9.80 และมีภาระหนี้สินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10000 บาทมีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 7.19

2 . การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง ผลตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ในการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองโดยภาพรวม พบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลอ่างทองมีพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.55, S.D.=0.73) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองมีพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 1 ได้แก่ ด้านการวางแผนการบริโภคและอุปโภค ($\overline{X}$ = 4.09,

S.D.=0.69) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 2 ($\overline{X}$ = 3.91, S.D.= 0.55) คือด้านการวางแผนในด้านของหนี้สิน และด้านการวางแผนการซื้อและครอบครองสินทรัพย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากอันดับ 3 ($\overline{X}$ = 3.60, S.D.= 0.85) ส่วนพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การวางแผนการออมและการลงทุน ($\overline{X}$ = 3.13, S.D.= 0.98)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง (n = 306)

ปัจจัย	คะแนนดิบ (Unstandardized Coefficients)		คะแนนมาตรฐาน (Standardized Coefficients)	t
	B	Std.error	Beta	
ค่าคงที่	1.41	0.19		7.40*
อายุ	0.11	0.05	0.09	2.04*
ตำแหน่งงาน	0.22	0.05	0.24	4.61*
ระดับการศึกษา	0.32	0.04	0.41	8.55*

R = 0.641 R Square = 0.411 Adjusted R Square (R^2) = 0.407 (40.7%) F = 93.247 Sig = 0.000 Durbin-Watson = 1.873
*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 ตัวแปรที่เข้าในสมการถดถอยพหุคูณพบว่าความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 โดยพบว่ามีเพียง 3 ปัจจัยได้แก่ อายุ ตำแหน่งงานและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.17

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง อภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. บุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีวงจรชีวิตทางการเงิน (Life Cycle Hypothesis) ของ Modigliani & Brumberg (1954) ที่อธิบายว่าคนแต่ละวัยมีเป้าหมายและความต้องการทางการเงินที่แตกต่างกัน[7] การค้นพบนี้สามารถอภิปรายได้ดังนี้ ความแตกต่างของเป้าหมายทางการเงินตามช่วงวัย กลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 20-35 ปี) มักให้ความสำคัญกับการวางแผนการใช้จ่ายและจัดการหนี้สิน เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มสร้างรายได้และมีภาระค่าใช้จ่าย เช่น ค่าผ่อนบ้านหรือรถยนต์[8] กลุ่มวัยกลางคน (อายุ 36-50 ปี) มีแนวโน้มให้ความสำคัญกับการลงทุนและการออมเพื่อการศึกษาบุตร รวมถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับวัย
เกษียณมากขึ้น[9] กลุ่มวัยใกล้เกษียณ (อายุ 51 ปีขึ้นไป) มุ่งเน้นไปที่การวางแผนการเกษียณและการจัดการทรัพย์สินเพื่อรักษาความมั่นคงทางการเงินในระยะยาว[10]

2. บุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองที่มีตำแหน่งงานต่างกันมีพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลต่างกันโดยพบว่าในภาพรวมบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองที่มีตำแหน่งงานต่างกันมีพฤติกรรมการวางแผนทางการ

เงินส่วนบุคคลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้อภิปรายได้ว่าความแตกต่างของระดับรายได้ตามตำแหน่งงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการวางแผนทางการเงิน ซึ่งคล้ายกับผลการวิจัยของ Lusardi และ Mitchell[9] พบว่ากลุ่มผู้มีรายได้สูงมักแสดงพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินที่ซับซ้อนและมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มผู้มีรายได้ปานกลางหรือต่ำ เนื่องจากมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับการลงทุนและการออมระยะยาว ในบริบทของบุคลากรโรงพยาบาล แพทย์และผู้บริหารซึ่งมีรายได้สูงกว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่สนับสนุนย่อมมีโอกาสและความสามารถในการจัดสรรเงินสำหรับการลงทุนและการวางแผนเกษียณมากกว่า อีกทั้งความรับรู้เกี่ยวกับความมั่นคงในอาชีพและอนาคตทางการเงินก็แตกต่างกันตามตำแหน่งงาน ตามทฤษฎีความคาดหวังเชิงพฤติกรรม (Behavioral Expectation Theory) ที่อธิบายโดย Shefrin และ Statman[11] บุคคลที่มีตำแหน่งงานสูงมักมีความมั่นใจในความต่อเนื่องของรายได้และโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพมากกว่า ซึ่งส่งผลให้พวกเขาให้ความสำคัญกับการวางแผนทางการเงินระยะยาวมากกว่ากลุ่มที่มีตำแหน่งงานระดับปฏิบัติการ นอกจากนี้ ภาระทางการเงินและรูปแบบการใช้ชีวิตก็แตกต่างกันตามตำแหน่งงาน งานวิจัยของ Xiao และ O'Neill[8] ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรระดับปฏิบัติการมักมีภาระค่าใช้จ่ายประจำวันที่สูงเมื่อเทียบกับรายได้ ในขณะที่กลุ่มวิชาชีพระดับสูงอาจมีรายได้เพียงพอต่อการออมและลงทุนหลังจากหักค่าใช้จ่ายจำเป็นแล้ว

3. บุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลต่างกันโดยพบว่าในภาพรวมบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้อภิปรายได้ว่าการศึกษาสูงย่อมมีความรู้และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลก็แตกต่างกันตามระดับตำแหน่งงาน ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ Klapper และคณะ[12] พบว่ากลุ่มวิชาชีพที่มีการศึกษาสูงและตำแหน่งงานระดับบริหารมักมีความรู้ทางการเงินที่ดีกว่าและสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลการลงทุนที่มีคุณภาพมากกว่า ในทางตรงกันข้ามบุคลากรระดับปฏิบัติการอาจขาดความคุ้นเคยกับเครื่องมือทางการเงินที่ซับซ้อน จึงเน้นการจัดการทางการเงินในระยะสั้นมากกว่าระยะยาว

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการวางแผนด้านการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่าอายุ ตำแหน่งงานและระดับการศึกษามีสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานเฉพาะอายุ ตำแหน่งงานและระดับการศึกษาเท่านั้นโดยปัจจัยดังกล่าวร่วมกันทำนายพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.17 ผลจากการวิจัยปรากฏเช่นนี้เพราะบุคลากรโรงพยาบาลอ่างทองส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ต้องการประสบความสำเร็จทั้งหน้าที่การงานและการเงิน เป็นช่วงวัยที่มีการวางแผนทางการเงินสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lusardi และ Mitchell[9] ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างข้าราชการในสหรัฐอเมริกา ซึ่งอธิบายได้จากทฤษฎีวงจรชีวิต (Life Cycle Theory) ที่เสนอว่าเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น จะให้ความสำคัญกับการวางแผนทางการเงินระยะยาวมากขึ้นโดยเฉพาะการเตรียมตัวสำหรับวัยเกษียณ อย่างไรก็ดี ความสัมพันธ์ในระดับต่ำอาจสะท้อนว่ายังมีปัจจัยอื่นเข้ามามีบทบาทสำคัญกว่า เช่น ความรู้ทางการเงินหรือทัศนคติส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานกับพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยของ Xiao และ O'Neill[8] ที่ศึกษากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ใน

ประเทศไทย ซึ่งพบว่าบุคลากรในตำแหน่งระดับสูง เช่น แพทย์และผู้บริหาร มีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินที่ซับซ้อนและมีประสิทธิภาพมากกว่า เนื่องจากปัจจัยสามประการ ได้แก่ 1) รายได้ที่สูงกว่า 2) ความรู้ทางการเงินที่ดีกว่า และ 3) การเข้าถึงข้อมูลทางการเงินที่มีคุณภาพมากกว่า และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Klapper และ Lusardi[12] ใน 15 ประเทศ ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้มีการศึกษาสูงมักมีความรู้ทางการเงินดีกว่าและมีพฤติกรรมการออมและการลงทุนที่เหมาะสมมากกว่า เนื่องจากสามารถประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินที่ซับซ้อนได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ในระดับต่ำที่พบในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การวางแผนการออมและการลงทุน ($\overline{X}$ = 3.14, S.D.= 0.81) ดังนั้น บุคลากรควรตระหนักถึงความสำคัญของการออมและการลงทุนระยะยาว โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณ ซึ่งสามารถเริ่มได้จากการปฏิบัติ ดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายทางการเงินที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาว 2) บันทึกรายรับรายจ่ายประจำเดือนเพื่อวิเคราะห์โอกาสในการออม 3) เริ่มออมเงินอย่างสม่ำเสมอ แม้จะเป็นจำนวนน้อยก็ตาม และ 4) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเครื่องมือการลงทุนที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมวัฒนธรรมการออมและการลงทุนในหมู่บุคลากร โดยสามารถดำเนินการจัดฝึกอบรมความรู้ทางการเงินพื้นฐานเป็นประจำทุกปี จัดทำคู่มือการวางแผนการเงินที่เข้าใจง่าย พัฒนาระบบการออมผ่านการหักเงินเดือนอัตโนมัติ จัดสัมมนาเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินมาให้ความรู้ และจัดตั้งกองทุนสวัสดิการสำหรับการลงทุนระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาไปสู่หน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและกว้างขวางขึ้นและอาจทำให้เห็นถึงความแตกต่างของความเข้ารู้ความ เข้าใจในการวางแผนทางการเงิน ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลเพื่อนำไปพัฒนาบุคคลต่อไป

2. การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่ลงลึกในรายละเอียดของข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนั้น เพื่อให้การวิจัยครั้งต่อไปมีความถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้น จึงควรพิจารณาการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาอุปสรรคและปัจจัยขัดขวางการออมและการลงทุนของบุคลากรอย่างเจาะลึก เพื่อให้ได้ผลการศึกษาในลักษณะเปรียบเทียบ หรืออาจทำวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ (Mixed Method) เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีความชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Singsom, A., & Klongdee, J. (2021). *Personal financial literacy and saving behavior among Thai civil servants*. Journal of Financial Planning and Education, 3(3), 70–84.

2. Phanthuwong, P., & Somkotra, T. (2022). *Financial stress and health outcomes among public hospital workers in rural Thailand*. Thai Journal of Health Economics, 4(2), 20–35

3. Jantarasorn, W., & Thammaporn, S. (2023). *Factors influencing personal financial planning behavior among public sector employees in Thailand*. Journal of Behavioral Finance and Economics, 6(1), 45–59.
4. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample for Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970, 30, 607-610.
5. Polit DF, Beck CT. Research in Nursing Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
6. Gubta KK, Attri JP, Singh, A, Karu H, Karu G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. Saudi J Anaesth 2016, 10(3), 328-331
7. Bruggen, E., Post, T., & Loerwald, D. (2022). Age differences in financial decision-making: The roles of experience and cognitive aging. Journal of Behavioral and Experimental Finance, 33, 100603. https://doi.org/10.1016/j.jbef.2021.100603
8. Xiao, J. J., & O'Neill, B. (2022). Consumer financial behavior: The role of age, gender, and financial knowledge. International Journal of Consumer Studies, 46(3), 678-692. https://doi.org/10.1111/ijcs.12712

การพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Quality Improvement of Information Provision for Patients' Relatives, Pediatric Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

(Received: June 7,2025 ; Revised: June 15,2025 ; Accepted: June 16,2025)

บุษยมาศ พรหมศิลา[1] ชญาภา แสนหลวง[2] เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล[3]
Bussayamas Promsila[1] Chayapha Sanluang[2] Petsunee Thungjaroenkul[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้แนวทางการสื่อสารและการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยตามหลัก PREPARED ร่วมกับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ป่วย จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แนวคำถามของการค้นหาปัญหาการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วย 2) แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย 3) แบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูลของพยาบาล 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการให้ข้อมูลของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การใช้หลัก PREPARED ร่วมกับการใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA สามารถพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยทารกและเด็กหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้เกินร้อยละ 85 และคุณภาพเชิงผลลัพธ์คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.17, SD = 0.57)

คำสำคัญ: การปรับปรุงคุณภาพ, การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย, หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

ABSTRACT

This study was research and development aimed to enhance the quality of information provision for relatives of patients in the Pediatric Intensive Care Unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The study utilized communication and information provision approaches based on the PREPARED principle, combined with the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process. The sample group comprised 28 patients' relatives. The research instruments included: 1) interview guidelines for identifying problems in information provision for patients' relatives, 2) practice guidelines for providing information to patients' relatives, 3) an observation form for nurses' information provision practices, and 4) a satisfaction questionnaire for patients' relatives regarding nurses' information provision. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the implementation of the PREPARED principle combined with the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process could enhance the quality of information provision for patients' relatives in both process and outcome aspects. Nurses performed activities according to the

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2] ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: cattaliya.s@cmu.ac.th

[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

information provision practice guidelines for relatives of infants and children in the Pediatric Intensive Care Unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital at a rate exceeding 85%. Regarding outcome quality, the mean satisfaction score of patients' relatives toward the overall quality improvement of nurses' information provision was at a high level ($\bar{x}$ = 4.17, SD = 0.57)

Keywords: Quality improvement, Information provision to patients' relatives, Pediatric intensive care unit

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นภาวะความเจ็บป่วยอีกภาวะหนึ่งที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรง อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากการศึกษาพบสถิติของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปี 2563 ถึง 2566 เท่ากับ 32.81, 31.91, 34.09 และ 35.35 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[1] โดยในผู้ป่วยทารกและเด็กการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ [2] ทารกและเด็กที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นจะได้รับการรักษาโดยการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ได้แก่ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำใหญ่ การใส่เครื่องติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการรักษาบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องข้างเตียง เป็นต้น โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเองอย่างมาก เนื่องจากจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้อุปกรณ์การแพทย์เพื่อช่วยให้อาการคงที่[3] ซึ่งการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตนั้นไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังคงคุกคามต่ออารมณ์ความรู้สึกของบิดามารดาและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวของผู้ป่วยโดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่ได้เตรียมใจไว้ล่วงหน้า [4] โดยส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยได้แก่ทางด้านร่างกายคือ อาการหรืออาการแสดงจากความวิตกกังวลและความเครียด ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลง และระบบขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม ด้านจิตใจ คือ ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้าโศก และอาการซึมเศร้า ด้านสังคม คือ บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป การทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่นลดลง คุณภาพชีวิตลดลง และทางด้านเศรษฐกิจคือสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ค่าอาหาร ค่าที่พักในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดความมั่นคงทางการเงิน [5]ดังนั้นบทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ควรให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยทารกและเด็กมีข้อจำกัดในเรื่องการพึ่งพาตนเอง [6] การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กในภาวะวิกฤต

การให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์มีผลทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งแนวทางในการสื่อสารและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ คือ PREPARED โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) การเตรียมในการให้ข้อมูล 2) การสร้างสัมพันธภาพผู้ป่วยและญาติ 3) การตรวจสอบความต้องการผู้ป่วยและญาติ 4) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 5) การให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางด้านอารมณ์และความกังวลของผู้ป่วยและญาติ 6) การให้ความหวังผู้ป่วยและญาติ 7) การกระตุ้นให้สอบถาม และ 8) การบันทึกการให้ข้อมูล [7]

การให้ข้อมูลที่รวดเร็วและคลอบคลุมเกี่ยวกับความก้าวหน้าและการพยากรณ์โรคของเด็กป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเป็นสิ่งสำคัญโดยครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจเมื่อได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับ

อาการและการพยากรณ์ของโรค นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้นและมีความพึงพอใจมากขึ้น และยังช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาปรับปรุงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยเชิงระบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยการใช้เครื่องมือ โฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) มาใช้ในการพัฒนาซึ่งประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอน [9]ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2)สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นเครื่องมือที่ช่วยกำหนดแนวทางที่ในการพัฒนาการให้ข้อมูลให้ได้มีประสิทธิภาพและช่วยให้กระบวนการพัฒนามีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงการนำมาใช้พัฒนาคุณภาพในการให้บริการทางด้านสุขภาพ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดให้กับญาติผู้ป่วยโดยเฉพาะในญาติผู้ป่วยทารกและเด็ก ทำให้เกิดผลลัพธ์คือเกิดความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วย

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี ที่อยู่ในภาวะวิกฤตทุกระบบของร่างกาย ยกเว้นระบบหัวใจ โดยมีผู้รับบริการในปีพ.ศ.2564 – 2566 เป็นจำนวน 178, 195 และ198 คนตามลำดับ มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดปี 2564 -2566 จำนวน 28, 39 และ29 คน ตามลำดับ เสียชีวิตด้วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ33.3, 37.5 และ 50 ตามลำดับจากจำนวนผู้เสียชีวิต จากการทบทวนปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการของผู้รับบริการของหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จากสถิติร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในหอผู้ป่วยในปีพ.ศ.2564 – 2566 มีร้อยละความพึงพอใจอยู่ที่ 78.37, 79.64 และ79.35 ตามลำดับ ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการคือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ปัจจุบันยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นของการให้ข้อมูลสำหรับญาติในผู้ป่วยทารกและเด็กพบว่าญาติผู้ป่วยมีความต้องการในการได้รับข้อมูลเกี่ยวโรคและแผนการรักษาที่ละเอียด การทำหัตถการหรือการรักษาบางครั้งไม่ได้มีการถามความคิดเห็นหรือการตัดสินใจของญาติก่อน มีการให้ข้อมูลไม่ตรงกันของพยาบาลทำให้เกิดความสับสนของญาติผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยไม่มีเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและระยะของโรครวมไปถึงการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคและการไม่ได้แจ้งถึงอาการที่แย่ลงของผู้ป่วยให้แก่ญาติทราบทำให้เกิดความขัดแย้งนำไปสู่การฟ้องร้องเกิดขึ้น

จากการทบทวนปัญหาและการศึกษาต่างๆผู้ศึกษาในฐานะปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จึงสนใจที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลในญาติของผู้ป่วยทารกและเด็กโดยใช้กระบวนการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA [9] เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชธรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) พัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลญาติของผู้ป่วยทารกและเด็ก หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยมีแนวทางในการสื่อสารและการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยตามหลักPREPARED ดังนี้ 1) การเตรียมในการให้ข้อมูล 2) การสร้างสัมพันธภาพผู้ป่วยและญาติ 3) การตรวจสอบความต้องการผู้ป่วยและญาติ 4) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 5) การให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางด้านอารมณ์และความกังวลของผู้ป่วยและญาติ 6) การให้ความหวังผู้ป่วยและญาติ 7) การกระตุ้นให้สอบถาม และ8) การบันทึกการให้ข้อมูล7 และใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิ่ง9 มาเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการให้ข้อมูลตามขั้นตอนการให้ข้อมูล ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยหวังให้เกิดผลลัพธ์คือ เกิดความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อคุณภาพการให้ข้อมูลและพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยได้ครบถ้วนถูกต้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บิดา มารดา ผู้ปกครองทารกและเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยทารกและเด็กมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อกและคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

1. บิดา มารดา ผู้ปกครองของผู้ป่วยทารกและเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เฉพาะที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หรือภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (septic shock) และที่สงสัยว่ามีอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome : SIRS) มีข้อบ่งชี้อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ประกอบด้วย ความผิดปกติของอุณหภูมิร่างกาย ความผิดปกติของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ และจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงหรือต่ำกว่าค่าปกติตามกลุ่มอายุ โดยให้การดูแลในช่วงเวลาการเก็บข้อมูล 2 เดือน ในช่วง 25 สิงหาคม – 25 ตุลาคม พ.ศ.2567

2. มีการรับรู้ปกติ

3. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

และการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มากจากฐานข้อมูล ปี 2565 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)หรือภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (septic shock)หรือผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome : SIRS) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 64 คนต่อปี มีจำนวนเฉลี่ย 5-6 คนต่อ โดยผู้ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน ในช่วง 25 สิงหาคม –

25 ตุลาคม พ.ศ.2567 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามของการค้นหาปัญหาการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยทารกและเด็ก

1.2 แนวปฏิบัติของพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยทารกและเด็ก

กลุ่มที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูล

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อคุณภาพการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้นำ 1) แนวคำถามของการค้นหาปัญหาการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยทารกและเด็กที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นใช้ในการประชุมกลุ่ม 2) แนวปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)และภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (septic shock)ในหอผู้ป่วยวิกฤต 3) แบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูลและ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการให้ข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมตรวจเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นนำผลพิจารณามาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.99 , 0.90 , 0.95 และ 1.0 ตามลำดับ การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาและทีมพัฒนา 1 คนได้มีการนำแบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูลนำไปใช้ตรวจสอบการให้ข้อมูลของพยาบาล แก่ญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน หลังจากนั้นนำแบบตรวจสอบการปฏิบัติการให้ข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของการประเมิน (interrater reliability) ได้เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงค้นหาปัญหาการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยทารกและเด็กโดยการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับ 1) นโยบายเกี่ยวกับการให้ข้อมูล แนวทางการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต 2) สังเกตรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยของบุคลากรในหอผู้ป่วย

2. การสร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดตั้งทีมพัฒนาโดยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านคุณภาพ ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 1 คนมีบทบาทหน้าที่เป็นเลขานุการ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมจำนวน 1 คน และผู้ศึกษามีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้นำทีม รวมเป็น 3 คน

3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ โดยการประชุมระดมสมองเกี่ยวกับกระบวนการให้ข้อมูลกระบวนการการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยทารกและเด็กในหอผู้ป่วย จัดทำออกมาในรูปของผังการไหลของงาน (flow chart)

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ โดยการประชุมระดมสมองช่วยกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของการให้ข้อมูลและสรุปในรูปแผนผังก้างปลา (fish bone diagram)

5. เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง โดยการประชุมชี้แจงปัญหาและสาเหตุของการให้ข้อมูล จากนั้นระดมสมองเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขตามสาเหตุ ของปัญหาการให้ข้อมูลและเลือกแนวทางที่เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในหน่วยงานโดยการลงคะแนนพหุ (multi-voting)

6. วางแผนการปรับปรุง โดยการจัดทำรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย รวมถึงพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด

7. นำไปปฏิบัติเริ่มดำเนินการพัฒนาการให้ข้อมูลสำหรับญาติ โดยการดำเนินการอบรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ข้อมูลให้กับทีมปฏิบัติการ และติดตามผลรวมทั้งให้คำแนะนำเป็นระยะๆ ผู้ศึกษากับกลุ่มผู้ทดลองปฏิบัติร่วมประชุมเพื่อสรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะให้ทีมพัฒนาคุณภาพปรับปรุงแก้ไขแนวทางการให้ข้อมูลให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ได้จริงเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

8. ตรวจสอบการปฏิบัติ ติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล โดยการใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติการให้ข้อมูลและแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อคุณภาพการให้ข้อมูล เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาผลลัพธ์ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ study code: 2567-EXP051 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Research ID /Study Code: FAC-MED-2567-0461

ผลการวิจัย

1.พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 35.54 ปี (SD = 9.92) เป็นเพศหญิงทุกคน จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 90.90 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 45.46

2. ญาติผู้ป่วยทารกและเด็กมีอายุ เฉลี่ย 39.46 ปี (SD = 12.94) เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.86 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 32.14 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 50 มีศาสนพุทธ ร้อยละ 71.42 มีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 71.42 อายุผู้ป่วยเด็กมีอายุเฉลี่ย 6.10 (SD = 4.84)

3.พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยทารกและเด็กหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มากกว่าร้อยละ 85

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อคุณภาพการให้ข้อมูลของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 4.17, SD = 0.57)

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณภาพเชิงกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพได้ดำเนินการหลังปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย การที่พยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันระบุปัญหาและวางแผนผ่านการศึกษาโดยการใช้กระบวนการ FOCUS-PDCA ทำให้เกิดแนวทางที่มีความชัดเจนขึ้นและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยในการศึกษานี้ทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการได้มีการประชุมร่วมกัน มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการตัดสินใจร่วมกัน การสื่อสารในทีมมีความชัดเจนทำให้ได้การบริการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA เป็นวิธีที่ง่ายไม่ซับซ้อน ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบและชัดเจนจนทำให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามแนว

ปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยทารกและเด็กหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้เกินร้อยละ 85 ตามเกณฑ์ที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร นาคะไพฑูรย์[11] แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผลและนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในเรื่องอื่นๆต่อไปได้เช่นเดียวกับการศึกษาของวาสนา ชัยวงค์[12]ได้นำกระบวนการการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 88.33 ไม่เกิดอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ซึ่งผลการปรับปรุงคุณภาพการให้ข้อมูลในการศึกษานี้ได้มีความสอดคล้องกับหลักการของ FOCUS-PDCA ที่มีการเน้นความต่อเนื่องในการประเมินปัญหา ทบทวนและมีการปรับเปลี่ยนแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทจริงของหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่งทำให้นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องของการสื่อสารกับญาติ

2. คุณภาพเชิงผลลัพธ์ที่ญาติผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้ข้อมูล การนำแนวทาง PREPARED มาเป็นกรอบในการพัฒนาขั้นตอนการให้ข้อมูล ทำให้ทีมปฏิบัติการมีแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยโดยภายใต้หลักการการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง(family centered care) ซึ่งเป็นการเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโดยมีการให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ญาติมีความรู้ ความเข้าใจและร่วมตัดสินใจในกระบวนการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยในการศึกษานี้ได้ใช้แนวทาง PREPARED เช่น การเตรียมข้อมูลล่วงหน้า การอธิบายซ้ำและการประเมินความเข้าใจของญาติอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วยเกิดความพร้อม ลดความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง(family centered care) ที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ดังที่ทัศนี ประสบกิตติคุณ[13] ที่กล่าวถึงการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางว่าเป็นแนวคิดและแนวปฏิบัติของการดูแลสุขภาพเด็กที่ตระหนักถึงบทบาทสำคัญของครอบครัว โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการวางแผนดูแลเด็กทั้งยังเป็นสิทธิของครอบครัวที่จะต้องได้รับทราบข้อมูล ข้อเท็จจริงและทางเลือกตลอดจนการร่วมวางแผนและตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กช่วยให้กระบวนการการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยมีความเป็นระบบ เข้าใจง่ายและปรับได้ตามความต้องการของญาติผู้ป่วย ทำให้ทีมปฏิบัติการมีแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย โดยสามารถจำแนกแนวทางการให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 ขั้นตอนตามการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบในการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วย ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นการให้ข้อมูล และขั้นสรุปและประเมินผลดังนี้

- ขั้นการเตรียมในการให้ข้อมูล พบว่า การเตรียมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารกและเด็กที่ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากในผู้ป่วยทารกและเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว มีลักษณะการทำงานมีความซับซ้อนมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือที่หลากหลาย ดังนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี พัวโสพิศ[14]ที่ว่าการเตรียมข้อมูลก่อนการให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่พยาบาลจะทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยให้ถูกต้องมากขึ้น และเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้ข้อมูลมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยมีการกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลมีการสร้าง

ความสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล ก่อนที่จะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทารกและเด็ก เนื่องจากในหอผู้ป่วยวิกฤตมีระเบียบการเข้าเยี่ยม ญาติไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดจึงทำให้มีความเครียด วิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Van Horn [15]พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดสูงถึงร้อยละ 40 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งหมด ซึ่งส่งผลให้ญาติมีปัญหาในการตัดสินใจ ประเมินสถานการณ์ไม่ได้ขาดความสามารถในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และยังจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความต้องการผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่ญาติผู้ป่วยมีความต้องการเกี่ยวกับด้านข้อมูล การรักษา อาการของผู้ป่วยและระยะเวลาในการหายจากโรคของผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นการตอบสนองความต้องการ ช่วยในการเผชิญปัญหาและช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความพึงพอใจได้ จะเห็นได้จากการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่ามีความต้องการเรียงจากมากไปน้อยดังนี้ 1) ความต้องการข้อมูล 2) ความต้องการความมั่นคงและการสนับสนุนการช่วยเหลือ 3) ความต้องการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย [16]

- ขั้นการให้ข้อมูล พบว่า การให้ข้อมูล ที่ถูกต้องจะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้นและมีความพึงพอใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลของพยาบาลเป็นการให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแล ผลลัพธ์การรักษาความก้าวหน้าของโรค กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนและมีความต่อเนื่อง [17] นอกจากนี้การให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางด้านอารมณ์และความกังวลของผู้ป่วยและญาติ พบว่ามีการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย โดยสนับสนุนให้มีการมีส่วนร่วมในการรักษาและการวางแผนการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิตทีมสหวิชาชีพมีการทำ Family Meeting โดยมีการประชุมกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยและมีการแจ้งอาการที่แย่ลงหรือดีขึ้นโดยการประชุมกลุ่มครอบครัวได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการพยากรณ์โรค รวมไปถึงความต้องการของผู้ป่วยและเป้าหมายการดูแลให้ตรงกัน[17]อีกทั้งพยาบาลมีการแจ้งแผนการรักษาเพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาอธิบายอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยเพื่อลดข้อสงสัยเกี่ยวกับบทบาทในการให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้มีการเยี่ยมโดยให้สามารถเยี่ยมได้ตามต้องการ แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพและอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ เช่น การรับรู้ สัญญาณชีพ การอนุญาตให้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ ดังที่ Regaira - Martínez & Garcia-Vivar [18] ได้กล่าวว่าการได้รับข้อมูลจากพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเป็นสนองความต้องการ ช่วยลดภาวะเครียดของสมาชิกในครอบครัวให้ญาติได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยให้เข้มแข็งได้ตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา

- ขั้นสรุปและประเมินผล พบว่าการกระตุ้นให้สอบถาม ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในการเริ่มสรุปและ

ประเมินผลการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยโดยจะมีการสรุปสาระสำคัญจากการให้ข้อมูลให้กับญาติผู้ป่วย หลังจากนั้นมีการประเมินความเข้าใจผู้ป่วยและญาติหลังให้ข้อมูลซ้ำอีกรอบเพื่อประเมินว่าญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ตรงกันกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้หรือไม่ พร้อมทั้งกระตุ้นให้สอบถามในสิ่งที่ต้องการรู้เพิ่มเติม เพื่อลดความวิตกกังวลและเป็นการระบายความวิตกกังวลและความเครียดของญาติผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Clayton et al[7]กล่าวว่าขั้นสรุปคือการสรุปข้อมูลทั้งหมดที่ให้แก่ญาติผู้ป่วยเพื่อให้เกิดเข้าใจภาพรวมทั้งหมด และเน้นย้ำสิ่งสำคัญของผู้ป่วยให้กับญาติผู้ป่วยสอดคล้องกับ Roche & Jones[19] ที่ว่าหลังจากได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลเป็นผู้เน้นย้ำและสอบถามความเข้าใจของญาติผู้ป่วยเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจแผนการรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงลดความวิตกกังวลและสามารถเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นของญาติผู้ป่วยได้ หลังการให้ข้อมูลมีการลงการบันทึกการให้ข้อมูล (document) คือ การสรุปถึงข้อมูลที่ได้ให้แก่ญาติผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลรับทราบว่าญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกันหรือไม่รวมถึงเป็นหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้นำลงมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา ปิยะรัมย์[20] ที่หลังเสร็จสิ้นสุดการให้ข้อมูลให้มีการลงบันทึกในแบบบันทึกการให้ข้อมูล จะทำให้พยาบาลทราบว่าข้อมูลส่วนใดที่ญาติได้รับและจะสามารถให้ในเวรถัดไปได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการนำแนวทางในการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยไปใช้ในกลุ่มโรคอื่นๆเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน

2.ผู้บริหารควรมีติดตามการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูล

3.ผู้บริหารควรมีการนำแนวทางในการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยขึ้นเป็นแนวทางในการจัดอบรมให้กับพยาบาลใหม่ของหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งนำโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพ2.ศึกษาผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลที่มีผลต่อผู้ป่วยและญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1448

2. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Critical Care Medicine. 2013;41(2):580–637.

3. Carnevale FA. The experience of critically ill children: Narratives of unmaking. Intensive and Critical Care Nursing. 1997;13(1):49–52.

4. Piscitello GM, Parham WM 3rd, Huber MT, Siegler M, Parker WF. The timing of family meetings in the medical intensive care unit. American Journal of Hospice Palliattive Medicine. 2019;36(12):1049–56.

5. จริยา ตันติธรรม. ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต: การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ; 2561.

6. Darbyshire P. Parents nurse and pediatric nursing: A critical review. Journal of Advanced Nursing. 1993;18:1670–80.

7. Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, Tattersall MH, Currow DC. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. The Medical Journal of Australia. 2007;186(12):77–92.

8. Saria VF, Mselle LT, Siceloff BA. Parents and nurses telling their stories: the perceived needs of parents caring for critically ill children at the Kilimanjaro Christian Medical Centre in Tanzania. BMC Nursing. 2019;18:1–8.

9. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care: impact on overall organizational performance. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 1999.

10. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. การพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.

11. ภัทรพร นาคะไพฑูรย์. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็งหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. พยาบาลสาร. 2563;47(4):302–13.

12. วาสนา ชัยวงค์, กุลวดี อภิชาตบุตร, อรอนงค์ วิชัยคำ. การพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและญาติ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลสาร . 2566;50(3):31–45.

13. ทัศนี ประสบกิตติคุณ. การดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2561.

14. อรุณี พัวโสพิศ. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลก่อนและหลังในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ต้องได้รับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective surgery). วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):185–94.

15. Van Horn E, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. Dimensions of critical care nursing. 2000;19(4):40–9.

16. Giuliano AE, Haigh PI, Brennan MB, Hansen NM, Kelley MC, Ye W, et al. Prospective observational study of sentinel lymphadenectomy without further axillary dissection in patients with sentinel node–negative breast cancer. Journal of Clinical Oncology. 2000;18(13):2553–9.

17. ปฐมวดี สิงห์ดง, ชนกพร จิตปัญญา. ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2555;18(3):404–17.

18. Regaira-Martínez E, Garcia-Vivar C. The process of giving information to families in intensive care units: A narrative review. Enferm Intensiva (Engl Ed). 2021;32(1):18–36.

19. Roche D, Jones A. A qualitative study of nurse patient communication and information provision during surgical pre admission clinics. Health Expect. 2021;24(4):1357–66.

20. ชนิตา ปิยะรัมย์. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

การพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Improving the Quality of Service for Patients Receiving Peritoneal Dialysis, Acute Dialysis Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

(Received: June 7,2025 ; Revised: June 16,2025 ; Accepted: June 18,2025)

อุไรวรรณ วงศ์สวัสดิ์[1] อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์[2] เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล[3]
Uraiwan Wongsawad[1] Apiradee Nansuphawat[2] Petsunee Thungjaroenkul[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS PDCA) ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับล้างไตทางช่องท้องในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติ แนวคำถามเพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตอย่างต่อเนื่อง แบบสังเกตและตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และแบบบันทึกจำนวนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบบรรยาย ใช้ความถี่ ร้อยละ

ภายหลังการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 40 คน ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 100 พบผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ การติดเชื้อแผลทางออกของสาย และภาวะน้ำเกิน 2 และ 1 ราย ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง

คำสำคัญ: การบริการอย่างต่อเนื่อง, การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

Abstract

This research and development aimed to enhance the quality of services for patients receiving peritoneal dialysis at the Acute Dialysis Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, using the FOCUS PDCA. Sample size were 40 patients with end-stage renal disease who received peritoneal dialysis during the study period., the research instruments included a demographic questionnaire for operational team nurses, a set of questions to identify problems and solutions for improving the quality of continuous dialysis patient care, an observation and compliance checklist for quality improvement guidelines in patients undergoing peritoneal dialysis, and an incident record form for complications related to peritoneal dialysis. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage.

After developing the quality of service for patients receiving continuous peritoneal dialysis at the Emergency Dialysis Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, professional nurses were able to perform the continuous peritoneal dialysis service procedures correctly and completely at 100 percent. There were two patients who experienced exit-site infection complications, one patient with fluid overload, and no patients with peritonitis.

Keywords: Continuous service, Continuous quality development, Patients Receiving Peritoneal Dialysis

---

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2] ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: apiradee.n @cmu.ac.th

[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีความสำคัญต่อการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย[1] ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งเสริมการดูแลเชิงป้องกัน และเพิ่มความยั่งยืนของระบบสาธารณสุข[2] แต่ปัจจุบันระบบสาธารณสุขประเทศไทยกำลังประสบปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2566 พบผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายกว่า 70,000 ราย[3] และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลให้การบำบัดทดแทนไต เช่น การล้างไตทางช่องท้องมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นถึงกว่า 24,000 รายในปี 2565[4] การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) เป็นทางเลือกการบำบัดทดแทนไตที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน โดยใช้เยื่อบุช่องท้องเป็นตัวกรองของเสียผ่านน้ำยาล้างไต ซึ่งมีทั้งแบบล้างด้วยตนเองวันละ 4–5 ครั้ง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และแบบใช้เครื่องอัตโนมัติในเวลากลางคืน (Automated Peritoneal Dialysis: APD) กระบวนการเริ่มจากการผ่าตัดใส่สายล้างไตและการฝึกอบรมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยเน้นการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลแผลและการล้างไตด้วยตนเองตามแผนการรักษา การล้างไตทางช่องท้องยังมีผลดีในการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทาง ประหยัดเวลา[5] และคงสภาพการทำงานของไตที่เหลืออยู่ได้ดี อีกทั้งผลการรักษาไม่แตกต่างจากการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม[6] จึงถือเป็นทางเลือกแรกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองของผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อในช่องท้อง (Peritonitis) การติดเชื้อที่แผลช่องทางออกของสายล้างไต ภาวะน้ำเกินหรือขาดน้ำ ภาวะขาดสารอาหารและขาดสมดุลเกลือแร่ สายล้างไตอุดตันหรือไส้เลื่อน เป็นต้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการละเลยการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น ไม่ล้างมือ ไม่สวมหน้ากาก หรือไม่ดูแลแผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่รักษาความสะอาดทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อมบริเวณที่ล้างไต ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำซาก การเข้ารักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเดินทางไปพบแพทย์บ่อยครั้งขึ้นหรือแม้แต่การยุติการล้างไตหรือเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการบริการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจตามนัด[6]

การบริการผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกด้านสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการตามนัด โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 3) การให้คำปรึกษาเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการรักษาและ 4) การตรวจเยี่ยม ซึ่งการให้การบริการที่ต่อเนื่องของพยาบาลมีความสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตลอดเวลาที่อยู่ในการรักษา[7]

หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้บริการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉพาะผู้ป่วยใน จำนวน 12 คนต่อวัน ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 8 คนต่อวัน จำนวนพยาบาลปฏิบัติงานทีมล้างไตทางช่องท้องจำนวน 3 คน หมุนเวียนปฏิบัติงานจากทีมพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมคนละ 2 เดือน อย่างไรก็ตาม การบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า 1) การบริการติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลให้การอธิบายแตกต่างกันตามประสบการณ์ ยังตระหนักถึงผลกระทบของการติดตามน้อย การประเมินหรือทบทวนความรู้ที่สำคัญแก่ผู้ป่วยครบตามแนว

ทางการติดตามของหน่วยไตเทียมยังไม่ครบถ้วน 2) การบริการการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย สังเกตว่าพยาบาลไม่ได้ทบทวนความรู้ และเพิ่มทักษะการดูแลตัวเองแก่ผู้ป่วย ไม่ทำการสาธิตย้อนกลับหรือการสอนซ้ำในผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือบางครั้งหากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนก็ไม่ได้ทำการสอนหรือทบทวน เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง 3) การบริการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการรักษา จากการสังเกตพบว่าการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินด้านจิตใจและสังคม ไม่มีแนวทางในการส่งเสริม สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน และไม่มีเครื่องมือในการประเมินด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย และ 4) การบริการตรวจเยี่ยม กิจกรรมเยี่ยมบ้านพยาบาลหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน พบว่า มีข้อจำกัดในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยทุกราย ไม่สามารถปฏิบัติได้ครบแม้พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การเยี่ยมบ้านตามแนวทางของหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน ยังขาดการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาถึงสถานพยาบาลใกล้บ้านผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้บางรายเท่านั้น

จากสถิติข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องของหน่วยไตเทียมฉุกเฉินตามเกณฑ์ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก 3 อันดับแรกในปี 2565-2566 ได้แก่ 1) การติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องโดยมีอัตราการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง (Peritonitis rate) เท่ากับ 0.33 และ 0.32 ครั้งต่อปี ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่า 0.4 ครั้งต่อปี) เป็นดัชนีชี้วัดการรักษาที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง 2) ภาวะน้ำเกินร้อยละ 10 และ 14 ต่อปี ตามลำดับ 3) ภาวะติดเชื้อช่องทางออกของสายล้างไต เท่ากับ 0.26 และ 0.28 ครั้งต่อปีตามลำดับ (เป้าหมาย น้อยกว่า 0.24 ครั้งต่อปี) จะเห็นได้ว่าข้อมูลตัวชี้วัดยังต้องการการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้แนวทางการให้การบริการผู้ป่วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พี ดี ซี เอ (FOCUS -PDCA)

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใช้ระยะเวลาการศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน 2568 ถึง 31 ตุลาคม 2568 โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (F; find a process to improve) 2) สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ (O; organize a team that knows the process) 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (C; clarify current knowledge of the process) 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ (U; understand causes of process variation) 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ(S; select the process improvement) 6) วางแผนการปรับปรุง (P; plan) 7) ดำเนินการการปรับปรุง (D; do) 8) ตรวจสอบผล (C; check the result) 9) ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A; Act)8 โดยการบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) การติดตามดูแลตนเองของผู้ป่วย

2) การให้ความรู้ส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 3) การให้คำปรึกษา 4) การตรวจเยี่ยม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ในด้าน 1) การติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง 2) การติดเชื้อแผลทางออกของสายล้างไต 3) ภาวะน้ำเกิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับล้างไตทางช่องท้องในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา โดยมีคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ 1) เป็นผู้ป่วยมีรายชื่อลงทะเบียนล้างไตทางช่องท้องของหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 2) เป็นผู้ที่ปฏิบัติการล้างไตทช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยตนเองไม่พึ่งพาผู้ดูแล 3) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะรับรู้วันเวลา สถานที่ จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ 2) แนวคำถามเพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาคุณภาพการบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง ใช้สำหรับการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติ ที่ผู้ศึกษาร่วมกับทีมพัฒนาสร้างขึ้นเพื่อระดมสมองทีมปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสังเกตและตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อสังเกตการปฏิบัติการบริการผู้ป่วยของทีมปฏิบัติ เป็นแบบรายการแสดงให้เลือกตอบ คือ ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน ปฏิบัติไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนและไม่ปฏิบัติ คิดเป็น ร้อยละ 100 แยกการสังเกตและตรวจสอบกิจกรรมการบริการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การติดตามดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการรักษา การตรวจเยี่ยม

2.2 แบบบันทึกจำนวนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อบันทึกอุบัติการณ์และรายละเอียดอุบัติการณ์ ลักษณะเป็นตารางบันทึกข้อมูล ได้แก่ วันที่เกิดอุบัติการณ์ ลักษณะของอุบัติการณ์ รายละเอียดของอุบัติการณ์อาการและอาการแสดง การรักษาและการประเมินผลการรักษาของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม 3) แบบสังเกตและตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการสาหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง 4) แบบบันทึกจำนวนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา (Clarity) ความเหมาะสมของเนื้อหา (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม (Sequence the question) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ อายุรแพทย์โรคไต จำนวน 1 คน หัวหน้าพยาบาลหน่วยไตเปลี่ยนไตและไตเทียมผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทดแทนไต จำนวน 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการบำบัดทดแทนไตหน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียมที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านการบริหารทางการพยาบาล 1 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 คน สำหรับแบบสังเกต

และตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ศึกษาและทีมพัฒนา 1 คน นำไปสังเกตและตรวจสอบ พยาบาลทีมปฏิบัติที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย แต่ละราย โดยสังเกตพร้อมกันอย่างเป็นอิสระต่อกัน จำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง นำมาวิเคราะห์ คำนวณหาค่าความสอดคล้องของการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางพัฒนาการคุณภาพบริการ เท่ากับ 0.94 ซึ่งค่าความสอดคล้องที่ยอมรับได้เท่ากับ .80 ขึ้นไป[9]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยใช้ขั้นตอนกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ ดังนี้

1. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ (F: find a process to improve) ผู้ศึกษาค้นหาปัญหาที่ต้องการปรับปรุง เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยการเข้าสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และทบทวนเอกสารในบันทึกทางการพยาบาล และบันทึกทางการแพทย์ ทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน และทบทวนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน ในหน่วยไตเทียมฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยมีอาการ และอาการแสดง เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากอาการบวมน้ำ ความดันโลหิตสูง น้ำยาล้างไตขุ่น ปวดท้อง แน่นท้องสัมพันธ์กับการใส่น้ำยาล้างไต แผลทางออกของสายกดได้หนองอ่อนเพลียไม่มีแรง เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น และการให้บริการผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีแนวปฏิบัติการให้บริการ ทำให้การบริการไม่ครอบคลุม ส่งผลต่อผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการครอบคลุมอย่างต่อเนื่องเป็นสาเหตุให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

2. สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการที่ต้องพัฒนาคุณภาพ (O; organize a team that knows the process) ผู้ศึกษาจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย จากนั้นร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพ และขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินงาน และการประเมินคุณภาพการบริการ

3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับ กระบวนการที่ปรับปรุง (C; clarify current knowledge of the process) ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติทุกคนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่ม ระดมสมองร่วมกับทีมปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อทบทวนผังการบริการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน และ แนวปฏิบัติการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน เดิมที่ใช้ปฏิบัติ โดยใช้แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และได้จัดทำผังการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติการบริการ หน่วยไตเทียมฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่เป็นปัจจุบัน

4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนที่เกิดขึ้น (U; understand causes of process variation) ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยทีมพัฒนาจัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ ประชุมระดมสมองหาสาเหตุของปัญหาการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ที่ขาดความต่อเนื่องโดยระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการ ที่เกี่ยวข้องกับ การติดตามดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการรักษา การตรวจเยี่ยม ด้วยแนวคำถามที่ผู้

ศึกษาสร้างขึ้น หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ โดยอาศัยผังก้างปลาเป็นเครื่องมือช่วยพิจารณาสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุด โดยทีมพัฒนาได้แบ่งหมวดหมู่ของสาเหตุการให้บริการที่ขาดความต่อเนื่องที่เกิดขึ้นจาก1) พยาบาล ได้แก่ การบริการไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดความรู้ และขาดทักษะในการให้บริการอย่างครอบคลุม ขาดประสบการณ์ ในการให้ความรู้และให้คำปรึกษา ขาดการสื่อสารส่งข้อมูลในทีม ไม่มี flow สื่อสารที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ภาระงานมาก ไม่ได้ดูแลประจำ ขาดการกำกับติดตามจากหัวหน้าทีม ขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ 2) ผู้ป่วย ได้แก่ ขาดความพร้อมในการเรียนรู้ มีความวิตกกังวล ขาดกำลังใจ รู้สึกเหนื่อยล้าจากโรคและการรักษา กลัวการทำได้ไม่ดี มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เคลื่อนไหวช้า สายตาไม่ดี มีอาการมือชา ความจำลดลง 3) อุปกรณ์ วัสดุ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ขาดอุปกรณ์การติดตามผลทันสมัย ไม่มีงบประมาณ ขาดโปรแกรมในการติดตาม ที่เป็นปัจจุบัน ห้องสอนไม่เป็นสัดส่วน ถูกรบกวนการสอน เสียงดังและ4) กระบวนการจัดการ ได้แก่ ขาดแนวทางในการติดตามดูแลต่อเนื่อง ขาดการประเมินและทบทวนแนวทางการติดตามไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ไม่มีระบบการส่งต่อชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติการบริการที่ชัดเจน ขาดการกำกับติดตามการสอน การสอนตามความถนัด ใช้ประสบการณ์ จากที่สอนต่อๆกันมา การจัดสรรทรัพยากรไม่เพียงพอ ขาดการฝึกอบรมหรือการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เป็นการระดมสมองจากทีมปฏิบัติ

5. เลือกวิธีการที่ปรับปรุงกระบวนที่ต้องการปรับปรุง (S; select the process improvement) ทีมพัฒนาจัดประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สาเหตุของการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องขาดความต่อเนื่อง ตามผังก้างปลา และระดมสมองค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามสาเหตุ และจัดลำดับแนวทางตามความสำคัญและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติ ใช้วิธีลงความเห็น สรุปวิธีการแก้ไขได้แก่ 1) จัดทำผังการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 2) จัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้ครอบคลุมการบริการ ทั้ง 4 ด้าน คือ การติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการรักษาการตรวจเยี่ยม 3) จัดทำคู่มือการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

6. วางแผนแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุง(P; plan) ทีมพัฒนาคุณภาพ และทีมปฏิบัติ ประชุมร่วมกัน โดยจัดทำและปรับปรุงแนวทางที่คัดเลือกมาจัดทำผังกระบวนการให้บริการ กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของพยาบาล รวมทั้งรายละเอียดกิจกรรมครอบคลุม ตามขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่องและแนวปฏิบัติการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉินและจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยในการให้บริการผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สำหรับพยาบาล

7. ปฏิบัติตามแผนที่จัดเตรียมไว้ (D; do) โดยทีมพัฒนาคุณภาพประชุมทีมผู้ปฏิบัติ ทบทวนความรู้ เทคนิค ขั้นตอนให้บริการ ตามคู่มือการให้บริการผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน ให้แก่ทีมปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ทีมปฏิบัติได้ซักถามข้อสงสัย ให้ทีมปฏิบัติทดลองปฏิบัติโดยหลังการทดลองนั้นพบว่า ทีมปฏิบัติได้ขอใช้แนวปฏิบัติที่

พัฒนาขึ้นนำไปใช้เป็นแนวทางการให้บริการและใช้วิธีการทำเครื่องหมายถูกเมื่อได้ทำการปฏิบัติแล้วเพื่อให้ครบถ้วนและถูกต้อง ทีมพัฒนาได้ปรับแก้ไขขนาดตัวหนังสือให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้สะดวกต่อการอ่าน แล้วนำไปปฏิบัติจริงเป็นเวลา 8 สัปดาห์

8. ตรวจสอบการปฏิบัติ (C; check the result) ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพ ได้ดำเนินการสังเกตการณ์การปฏิบัติการให้บริการและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติ โดยใช้ 1) แบบสังเกตและตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาล 2) แบบบันทึกอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน จนได้ข้อมูลการปฏิบัติการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจำนวน 40 คน

9. ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A; Act) ทีมพัฒนาคุณภาพประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติเพื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน เพื่อสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติ ในช่วงเวลาที่ศึกษา วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. แบบสังเกตและตรวจสอบการปฏิบัติตามการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยแบบแสดงรายการให้เลือกตอบ คือ ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน ปฏิบัติไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3. แบบบันทึกจำนวนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการศึกษา วิเคราะห์สัดส่วนของการเกิดอุบัติการณ์รายใหม่ในจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (Incidence Proportion) รายงานเทียบต่อประชากร 100 คน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2567 – EXP041 และคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ FAC-NUR-2567-0482

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ทีมพัฒนา จำนวน 2 คนไม่รวมผู้ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 1 คน อายุเฉลี่ย 47.5 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 1 คน และปริญญาโท 1 คน ทั้ง 2 คน มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานปัจจุบันเฉลี่ย 21 ปี และผ่านการอบรมเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไต ทีมปฏิบัติจำนวน 9 คนทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการในหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นเพศหญิงทั้งหมด และมีประสบการณ์ในวิชาชีพ มากกว่า 10 ปี ส่วนมากมีช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 44.44 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 33.34 ช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 22.22 ตามลำดับ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.9 และ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 11.11 ทั้งหมดผ่านการอบรมเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันตนเองเป็นเวลา น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 11.11 ระยะเวลา 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 44.44 เท่ากัน ส่วนมากเคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 66.67 และไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมร้อยละ 33.3

2.ข้อมูลคุณภาพแบบสังเกตและตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า

2.1 ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเมื่อกลับมาตรวจตามนัดหมายได้รับการติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากพยาบาลทีมปฏิบัติ ร้อยละ 100 ตามตารางที่ 1

2.2 ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเมื่อกลับมาตรวจตามนัดหมายได้รับความรู้ส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากพยาบาลทีมปฏิบัติ ร้อยละ 100

2.3 ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเมื่อกลับมาตรวจตามนัดหมายได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการรักษา จากพยาบาลทีมปฏิบัติ ร้อยละ 100

2.4 ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเมื่อกลับมาตรวจตามนัดหมายได้รับ การตรวจเยี่ยม จากพยาบาลทีมปฏิบัติ ร้อยละ 100 แต่มีผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มีเกณฑ์การได้รับการเยี่ยมบ้านจริง 5 ราย และได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในการฉีดยากระตุ้นภาวะซีด 10 ราย

3. การบันทึกอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ทำการศึกษาระยะเวลา 10 สัปดาห์ ทั้งหมด 3 ราย ได้แก่ การเกิดการติดเชื้อบริเวณทางออกของสายล้างไต จำนวน 2 ราย ภาวะน้ำเกิน จำนวน 1 ราย และ ไม่พบการเกิดการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง คิดเป็นอัตราการเกิดอุบัติการณ์ (Incidence Proportion) เทียบกับจำนวนประชากร 100 คน เท่ากับ 5, 2.5 และ 0 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพทีมผู้ปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการบริการสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 100 อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ มาใช้ ทำให้ทุกคนในองค์กรมีการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติ การพัฒนา ปรับปรุงวิธีการและรวมทั้งการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการบริการได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนดตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายมาใช้ ได้แก่ แผนภูมิการไหลของงาน (Flowchart) มาใช้เพื่ออธิบายขั้นตอนการบริการของหน่วยงานก่อนการพัฒนา ทำให้สามารถแยกแยะวิธีปฏิบัติและปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล[10] กล่าวว่าแผนภูมิการไหลของงานจะช่วยให้เข้าใจกระบวนการทำงานได้ง่ายขึ้น เป็นการบ่งชี้ถึงปัญหาและโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการ รวมทั้ง ช่วยให้เห็นภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงมีการระดมสมอง โดยการจัดประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติในการวางแผน การค้นหาปัญหาในการให้การบริการ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาการบริการและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบริการให้ถูกต้อง ครบถ้วน ในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีการปรับปรุงต่อยอดความคิดภายในทีม ทำให้เกิดเป็นความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ ดังที่อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[11] กล่าวว่า การระดมสมอง คือ กระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหาหรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาที่รวดเร็ว เป็นการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างสมาชิก เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และเกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มมากที่สุด อีกทั้งมีการนำเครื่องมือคุณภาพ และมีการนำผังก้างปลา (Fish bone diagram) มาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในเชิงระบบ สรุปและวิเคราะห์รากเหง้าหาสาเหตุของการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ไม่มีประสิทธิภาพเพื่อหาแนวทางแก้ไข

ซึ่งผังก้างปลาเป็นแผนผังที่ใช้ในการค้นหาและวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหาที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงอย่างมีเหตุผลว่ามีอะไรบ้างที่มาเกี่ยวข้องและสัมพันธ์ต่อเนื่องกันอย่างไร จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้อย่างมีเหตุผล เจาะลึกถึงรากเหง้าของสาเหตุได้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปใช้กำหนดเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่สาเหตุ[11] นอกจากนี้มีการนำใบตรวจสอบรายการ (check sheet) โดยการออกแบบจากแนวปฏิบัติการให้บริการทั้ง 4 ขั้นตอน มาช่วยให้ทีมปฏิบัติสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน และช่วยทีมพัฒนานำไปใช้สังเกตการณ์เพื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน เนื่องจากใบตรวจสอบ (check sheet) คือฟอร์มสำหรับทำการบันทึกข้อมูลที่ได้ออกแบบพิเศษเฉพาะ เพื่อการแปลความหมายผลการบันทึกทันทีที่มีการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าวเสร็จสิ้น ช่วยให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตรงตามวัตถุประสงค์ ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้การเก็บข้อมูลง่าย สะดวก และถูกต้อง สามารถอ่านข้อมูลง่ายขึ้น[11]

นอกจากการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพมาใช้แล้ว การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการการจัดโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการปฏิบัติบริการสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม แก่พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติทั้งหมดผ่านการอบรมเฉพาะทาง การดูแลผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต และผ่านการประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต รวมถึงการได้ทบทวนความรู้จากทีมพัฒนาเพิ่มเติม จึงทำให้มีความรู้ และความมั่นใจเพื่อนำไปใช้สำหรับแนะนำผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผลลัพธ์การปฏิบัติของทีมปฏิบัติ ทั้งหมดปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้มีการรวมเอาผังกระบวนการที่กำหนดบทบาทหน้าที่พยาบาลการให้บริการที่ระบุรายละเอียดชัดเจน ทำให้ทีมปฏิบัติเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองชัดเจนขึ้น การดูแลผู้ป่วยของทีมเป็นไปในทางเดียวกัน จากการมีบทบาทที่ชัดเจนนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน โดยการมีแนวปฏิบัติการสื่อสารส่งต่อข้อมูลการรักษาเพื่อการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมั่นใจบริการที่ต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองได้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าขั้นตอนการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องยังเป็นปัญหาต่อการปฏิบัติบริการที่พยาบาลทีมปฏิบัติไม่สามารถทำกิจกรรมเยี่ยมบ้านได้ครบทั้งถ้วนทั้งหมด เพราะข้อจำกัดด้านกำลังคนและภาระงาน ประกอบกับผู้ป่วยมีภูมิลำเนาในพื้นที่ห่างไกล แต่การแก้ปัญหาด้วยการใช้เกณฑ์การพิจารณาความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกรายร่วมกับพยาบาลทีมปฏิบัติที่ถูกต้องครบถ้วน ทั้งกิจกรรมที่จำเป็นต้องเยี่ยมบ้านจริงร่วมกับการปฏิบัติทุกกิจกรรมที่ถูกต้อง ครบถ้วน หรือในรายที่ต้องส่งต่อข้อมูลให้สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อดูแลร่วม สามารถพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้มีการดูแลร่วมส่งผลลัพธ์ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ มุจลินทร์ บุญโอภาส และคณะ[12] ที่ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 13 องค์ประกอบ พบว่าผลลัพธ์จากการส่งต่อร่วมดูแลเป็นองค์ประกอบหลักสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตเทียมฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วย 2 รายมีการติดเชื้อแผลทางออกของสายล้างไต และ 1 รายมีภาวะน้ำเกิน และไม่พบการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง ซึ่งได้วิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลทางออกของสายล้างไต อาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลทางออกของสายล้างไตของผู้ป่วย จากการศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย อายุ 45 และ 52 ปี มีโรคร่วมคือ ดวามดันโลหิตสูง ได้รับการปฏิบัติการบริการสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปัจจัยด้าน

สิ่งแวดล้อมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากประวัติการติดเชื้อสัมพันธ์กับช่วงเวลาสถานการณ์อุทกภัยในจังหวัดเชียงใหม่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้ประสบภัยต้องอพยพสิ่งของขึ้นที่สูง ทำให้แผลทางออกของสายล้างไตได้รับการกระทบกระเทือนและมีเลือดออก ประกอบกับปัญหาสถานที่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ทำความสะอาดแผลนาน 5 วัน ทำให้ตรวจพบหนองและคราบเลือด มีอาการปวดบริเวณแผล จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะครบ 14 วัน ผลการรักษาอาการดีขึ้นแผลหายดี และผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำเกิน 1 ราย อาการและอาการแสดงมีหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวมขาทั้ง 2ข้าง ภาพถ่ายทางรังสีปอดพบภาวะน้ำเกิน ประวัติการเจ็บป่วยสัมพันธ์กับการไม่ได้ล้างไตทางช่องท้องติดต่อนาน 3 วัน การทบทวนประวัติสัมพันธ์กับสถานการณ์อุทกภัยในจังหวัดเชียงใหม่ เดือน ตุลาคม 2567 ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องอพยพย้ายที่อยู่ชั่วคราว น้ำยาล้างไตที่นำติดตัวไปไม่เพียงพอทำให้ต้องหยุดล้างไต 3 วัน ก่อนกลับเข้าสู่สถานการณ์ปกติ ได้รับการรักษาการล้างไตทางช่องท้องด้วยน้ำยาความเข้มข้นสูงติดต่อกัน 3 วัน ส่งผลให้อาการดีขึ้นและผู้ป่วยปลอดภัย จากอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น แม้ว่ามีสาเหตุจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้บุคลากรพยาบาลหน่วยไตเทียมฉุกเฉินได้ประชุมทบทวนถอดบทเรียนจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สรุปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ภัยพิบัติต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยทุกรายที่ล้างไตทางช่องท้องต้องลงทะเบียน แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ ที่เป็นปัจจุบัน รายชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้ หากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งหน่วยบริการทุกครั้ง จัดให้มีกล่องเก็บอุปกรณ์ฉุกเฉินที่จำเป็นต่อการล้างไตให้พอใช้ประมาณ 3-5 วัน เพื่อนำติดตัวหากประสบภัยจากภัยธรรมชาติและต้องแจ้งพยาบาลหน่วยไตเทียมเพื่อให้การติดตามและช่วยเหลือได้ทันท่วงทีที่เหมาะสมลดผลกระทบจากความรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้

1.ผู้บริหารควรพิจารณาการนำแนวทางปฏิบัติการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการสอนและอบรมพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงพยาบาลใหม่ของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

2. บุคลากรหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สามารถนำแนวทางปฏิบัติการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนี้ ไปใช้เพื่อเพิ่มความถูกต้องและครบถ้วนในการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมาตรฐานเดียวกันในการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

3.หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีการล้างไตทางช่องท้อง ของหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน ควรมีการติดตามผลการใช้งาน แนวทางการปฏิบัติการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ของหน่วยไตเทียมฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของการนำไปใช้

4. บุคลากรหน่วยไตเทียมฉุกเฉินสามารถนำแนวทางปฏิบัติการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ได้จัดทำขึ้นด้วยการอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลที่มีมาตรฐานทางวิชาการนำไปให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

1. Goodrich GW, Lazenby JM. Elements of patient satisfaction: An integrative review. Nurs Open. 2023;10(3):1258–69. doi:10.1002/nop2.1437
2. McHugh MD, Lake ET. Understanding clinical expertise: Nurse education, experience, and the hospital context. Res Nurs Health. 2010;33(4):276–87. doi:10.1002/nur.20388
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2565.
4. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1668120250117072316.pdf]
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 เล่ม 3 การบริหารงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด; 2558.
6. นันทา มหัธนันท์. แนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการล้างไตทางช่องท้องและการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ. ใน: ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 63–7.
7. นันทา มหัธนันท์, สมรัก รอดพ่าย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) 2551.ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, บรรณาธิการ. ตำราการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2551. หน้า 203–5.
8. Wagner A. FOCUS PDCA: A process improvement (PI) tool for libraries. J Hosp. 2002;2(2):93–7. doi:10.1300/JI86v02n02_09
9. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อินเตอร์มีเดีย; 2553.
10. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. ความปลอดภัยของผู้ป่วย: Concept and practice. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดีไซด์; 2546.
11. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดีไซด์; 2543.
12. มุจลินทร์ บุญโอภาส, ทัศนา นิลพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สำหรับพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ เขต 11. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2558;29(1):1–11.

การประยุกต์ใช้การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพตามแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดแบบมีส่วนร่วม

"Applying Bradshaw's Taxonomy of Health Needs Assessment to Participatory Provincial Health Policy Design"

(Received: June 7,2025 ; Revised: June 16,2025 ; Accepted: June 18,2025)

ดรัสพงศ์ สุวรรณพันธ์[1] โชติ บดีรัฐ[2] ศรชัย ท้าวมิตร[3]
Daratphong Suwunnaphan[1], Chot Bodeerat[2], Sornchai Taomitr[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ เพื่อการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดอย่างมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทระบบสุขภาพไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากกรณีศึกษาจังหวัดกระบี่และกาญจนบุรี เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาเอกสารนโยบาย และการวิเคราะห์กรณีศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสังเคราะห์แนวคิด (Conceptual Synthesis)

ผลการศึกษาพบว่า กรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ที่จำแนกความจำเป็น ออกเป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่ ความจำเป็นทางบรรทัดฐาน (Normative Need) ความจำเป็นที่รู้สึก (Felt Need) ความจำเป็นที่แสดงออก (Expressed Need) และความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Need) สามารถช่วยแก้ไขข้อจำกัดของการประเมินแบบดั้งเดิมที่มักเน้นมุมมองผู้เชี่ยวชาญและขาดการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง หลักการสำคัญในการประยุกต์ใช้ประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง การสร้างสมดุลระหว่างความเชี่ยวชาญและการมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพชุมชน และการสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ, Bradshaw's Taxonomy, นโยบายสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This documentary research aims to present an approach for applying Bradshaw's Taxonomy in health needs assessment to participatory provincial health policy design within the context of the Thai health system. The study utilized case studies from Krabi and Kanchanaburi provinces as sample groups. Data collection tools included literature review, policy document analysis, and case study examination. Data analysis employed content analysis and conceptual synthesis methods.

The findings reveal that Bradshaw's framework, which classifies needs into four principal types: normative need, felt need, expressed need, and comparative need, can address the limitations of conventional needs assessment that often emphasizes expert perspectives and lacks integration of multi-source data. The key principles for application include community participation, integration of multi-source data, balancing expertise and participation, community capacity building, and establishing good health governance.

Keywords: Health needs assessment, Bradshaw's Taxonomy, Health policy, Community participation

[1] นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
Corresponding Author, E-mail: tontan.tata@gmail.com
[2] รองศาสตราจารย์, ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
[3] รองศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า เป็นภาวะของความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ซึ่งสะท้อนถึงมิติของสุขภาพที่ครอบคลุมหลายด้าน ไม่จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องของการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาวะของบุคคล ในทำนองเดียวกัน “ความจำเป็นทางสุขภาพ” (Health Needs) หมายถึง ความต้องการในบริการหรือปัจจัยที่จำเป็นขั้นพื้นฐานต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพโดยตรง (เช่น การรักษาโรค การป้องกันโรค) และปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ (Determinants of Health) เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร การศึกษา การมีงานทำ ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม[1] ความจำเป็น (Needs) มีความสำคัญมากในทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ โดยใช้สำหรับการวางแผนและการจัดการในเรื่องของการจัดการบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ (Health Improvement) และการจัดสรรทรัพยากร (Resource allocation) เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม (Equity)[2] แม้ว่าคนจำนวนมากจะเห็นพ้องกันว่าระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพควรจะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดกับสิ่งที่เป็น "ความจำเป็น" เท่านั้น แต่ก็ยังมีคำถามว่าอะไรหรือแค่ไหนจึงถือว่าเป็น "ความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health needs)"[3]

“ความจำเป็น (Needs)” ตามพจนานุกรม Oxford Advanced Learner's Dictionary ได้ให้ความหมายไว้ 4 ประการ ได้แก่ 1) สถานการณ์ที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งจำเป็นต้องกระทำหรือเกิดขึ้น 2) ความรู้สึกปรารถนาอย่างแรงกล้าหรือความจำเป็นที่ต้องมีบางสิ่งบางอย่าง 3) สิ่งที่บุคคลต้องการเพื่อให้มีชีวิตที่สะดวกสบายหรือบรรลุเป้าหมาย และ 4) สภาวะขาดแคลน เช่น อาหาร เงิน หรือการสนับสนุน[4] ดังนั้นเมื่อนำมารวมกัน “ความจำเป็น” จึงสะท้อนถึงสถานการณ์ที่บุคคลหรือชุมชนขาดสิ่งจำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดแรงผลักดันในการแสวงหาสิ่งนั้น ซึ่งอาจเป็นทั้งวัตถุ ความรู้ หรือการเข้าถึงบริการ โดยก่อให้เกิดแรงผลักดันภายในให้บุคคลแสวงหาหรือเติมเต็มสิ่งนั้น “ความจำเป็น” จึงมิได้จำกัดอยู่เพียงด้านวัตถุหรือทรัพยากรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึก ความปรารถนา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งนี้ในมุมมองของนักวิชาการหลากหลายสาขานั้น ความจำเป็นถูกตีความแตกต่างกันออกไป[5,6] โดยในมุมมองของแพทย์มองว่าความจำเป็นทางสุขภาพครอบคุลมปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ[5] มุมมองของนักจิตวิทยาตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow’s Hierarchy of Needs) จำแนกความต้องการจำเป็นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความต้องการจำเป็นทางกายภาพ ระดับที่ 2 ความต้องการจำเป็นด้านความความปลอดภัย ระดับที่ 3 ความต้องการจำเป็นด้านความรักและการเป็นเจ้าของ ระดับที่ 4 ความต้องการจำเป็นด้านการเป็นคุณค่าในตนเองและระดับที่ 5 ความต้องการจำเป็นในการบรรลุศักยภาพของ ตนเอง[7] และมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์ ให้ความสนใจกับความจำเป็นที่จะทำให้บรรลุมาตรฐานตามความเหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ ด้วยการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)เป็นสำคัญ[5,6] ดังนั้นในบทความฉบับนี้ผู้เขียนจึงได้นำเสนอในประเด็นของความจำเป็นด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความต้องการในบริการที่จำเป็นที่เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี หากความจำเป็นทางสุขภาพสามารถค้นพบได้ จะมีการดำเนินการโปรแกรมที่เหมาะสมตรงกับความจำเป็นส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้การมีทรัพยากรในดำเนินการโปรแกรมนั้น[3]

การประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment) เป็นกระบวนการที่เป็นระบบ เพื่อกำหนดความแตกต่างระหว่างสภาพที่มุ่งหวังกับสภาพที่เป็นอยู่จริงทำให้ทราบความแตกต่างของผลลัพธ์ (outcome gaps) ทั้งนี้ หากนำผลที่เกิดขึ้นมาจัดเรียงลำดับความสำคัญของความแตกต่าง วิเคราะห์สาเหตุ แล้วนำมากำหนดแนวทางเพื่อแก้ปัญหา จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงตาม

ความต้องการจำเป็นที่สำคัญ" ซึ่งจะช่วยลดการสูญเสียงบประมาณ และเวลาในการวางแผนและปฏิบัติ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] การประเมินความจำเป็นทางสุขภาพในแบบดั้งเดิม (Traditional approach) จะใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา วัดการเกิดโรคและภาระโรค จากความหมายของสุขภาพ คือ การไม่เป็นโรค ต่อมา Robinson & Elkan[9] ใช้วิธีการประเมินความจำเป็นโดยเน้นปัญหาเป็นหลัก (Problem-focus) และไม่สามารถกำหนดกลยุทธ์การแก้ปัญหาสุขภาพได้ หลังจากนั้น Pickin & St Leger[10] ได้พัฒนาแนวคิดในการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ ประกอบด้วย 3 หลักการ คือ 1) การวัดสถานะทางสุขภาพ จากข้อมูลระบาดวิทยาและสังคมวิทยา 2) การประเมินทรัพยากรของพื้นที่ และ 3) ระบุวิธีการบรรลุการมีสุขภาพดี และในระบบสุขภาพของประเทศไทยปัจจุบัน เราจะพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะประเมินความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยระดับบุคคล ผ่านการฝึกอบรมและประสบการณ์ทางคลินิกก่อนที่จะเริ่มต้นการรักษา ซึ่งการประเมินในระดับบุคคลนั้นจะไม่ครอบคลุมครอบครัว ชุมชน รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่น ดังนั้นการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ จะต้องมีการรวมรวมข้อมูลที่กว้างขวางครอบคลุมความหมายของสุขภาพที่กว้างขึ้น ไม่เพียงแต่เป็นการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยา มีความเข้าใจแนวคิดที่ประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพแยกออกมาจากความต้องการนำไปสู่วิธีการและขั้นตอนที่เหมาะสม ในการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพทั้งนี้หากมีการละเลยความจำเป็นทางสุขภาพโครงการ/กิจกรรมทางด้านสุขภาพ อาจจะมีการดำเนินการจากบนลงล่าง (Top-down) ซึ่งจะทำให้ประชาชนไม่ได้รับบริการสุขภาพ ตามความจำเป็นที่แท้จริงและเหมาะสมของพื้นที่[11]

ภายใต้กระแสการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการส่งเสริมธรรมาภิบาลในระดับพื้นที่ การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Needs Assessment : HNA) ได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดนโยบายและวางแผนบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง[12] อย่างไรก็ดี รูปแบบการประเมินที่ใช้ในทางปฏิบัติยังคงให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงวิชาชีพหรือมุมมองของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก โดยขาดกระบวนการรวบรวมมุมมองจากประชาชนและบริบททางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละพื้นที่[13] ในประเทศไทย มีความพยายามในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดยเน้นการบูรณาการภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับฐานราก อย่างไรก็ตาม การออกแบบนโยบายสุขภาพในระดับจังหวัดยังเผชิญกับข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมเชิงโครงสร้าง การวิเคราะห์ข้อมูลแบบหลายมิติ และการใช้กรอบแนวคิดที่สะท้อนความหลากหลายของ “ความจำเป็น” อย่างครอบคลุม[14]

ในปี ค.ศ. 1972 Bradshaw’s Taxonomy ได้นำเสนอการจำแนก “ความจำเป็น” ออกเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) ความจำเป็นทางบรรทัดฐาน (Normative Need) 2) ความจำเป็นที่รู้สึก (Felt Need) 3) ความจำเป็นที่แสดงออก (Expressed Need) และ 4) ความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Need)[15] การนำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ร่วมกับกระบวนการออกแบบนโยบายแบบมีส่วนร่วม ถือเป็นแนวทางใหม่ที่สามารถเสริมความชอบธรรมให้กับการกำหนดนโยบาย และเพิ่มโอกาสในการตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างแม่นยำมากยิ่งขึ้น บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ Bradshaw’s Taxonomy ในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพเชิงพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดที่มีลักษณะมีส่วนร่วม โปร่งใส และคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่ โดยเชื่อมโยงกับหลักการธรรมาภิบาลท้องถิ่นและบริบทของระบบสุขภาพไทย ซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นระบบในการระบุความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการระบุความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง และจัดลำดับความสำคัญโดยใช้วิธีการที่อ้างอิงตาม

หลักฐานและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อดำเนินการแก้ไขความต้องการเหล่านั้นอย่างเท่าเทียม พร้อมทั้งกำหนดวิธีการติดตามและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์กรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในบริบทของการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาข้อจำกัดของการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพแบบดั้งเดิมในระบบสุขภาพของประเทศไทย
3. เพื่อนำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ Bradshaw's Taxonomy ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดแบบมีส่วนร่วม
4. เพื่อวิเคราะห์กรณีศึกษาการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในจังหวัดกระบี่และกาญจนบุรี
5. เพื่อเสนอข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนานโยบายสุขภาพระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเอกสารนี้ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร ประกอบด้วย 1) เอกสารหลัก ได้แก่ บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับ Bradshaw's Taxonomy และการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ เอกสารนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดในประเทศไทย และรายงานการศึกษาและกรณีศึกษาจากจังหวัดกระบี่และกาญจนบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานด้านการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพและการพัฒนานโยบายสุขภาพระดับจังหวัดที่น่าสนใจ โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (จังหวัดกระบี่) และการประเมินความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (จังหวัดกาญจนบุรี) 2) เอกสารสนับสนุน ได้แก่ เอกสารจากองค์การอนามัยโลก (WHO) เกี่ยวกับการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ งานวิจัยระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ Bradshaw's Taxonomy และเอกสารนโยบายและแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศไทย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษาเอกสารวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Bradshaw's Taxonomy และการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ
2. การศึกษาเอกสารนโยบาย วิเคราะห์นโยบายสุขภาพระดับชาติและระดับจังหวัด รวมทั้งแผนพัฒนาระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. การวิเคราะห์กรณีศึกษา ศึกษาข้อมูลจากการดำเนินงานจริงในจังหวัดกระบี่และกาญจนบุรี
4. การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ข้อมูลสถิติสุขภาพ รายงานการประเมิน และเอกสารที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดกระบี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์เนื้อหาจากเอกสารและวรรณกรรมที่ทบทวนเพื่อสกัดแนวคิดและหลักการสำคัญ
2. การสังเคราะห์แนวคิด (Conceptual Synthesis) บูรณาการแนวคิด Bradshaw's Taxonomy เข้ากับบริบทระบบสุขภาพไทย
3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparative Analysis) เปรียบเทียบกรณีศึกษาจากจังหวัดต่างๆ เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดี
4. การวิเคราะห์ SWOT วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่

กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. กรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy กับการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ

Jonathan Bradshaw[15] ได้มีการนำเสนอกรอบแนวคิดการจำแนกความจำเป็นทางสังคม (Taxonomy of Social Need) โดยแบ่งความจำเป็นออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) ความจำเป็นทางบรรทัดฐาน (Normative Need) คือ ความจำเป็นที่กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญหรือมาตรฐานวิชาชีพ เช่น เกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การฉีดวัคซีน หรือมาตรฐานการดูแลสุขภาพต่างๆ ที่กำหนดโดยองค์กรวิชาชีพ

2) ความจำเป็นที่รู้สึก (Felt Need) คือ ความจำเป็นที่ประชาชนรับรู้หรือรู้สึกว่าตนเองต้องการเป็นความต้องการ ความปรารถนา หรือความคาดหวังที่เกิดจากการรับรู้ของบุคคล ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความจำเป็นทางบรรทัดฐานเสมอไป

3) ความจำเป็นที่แสดงออก (Expressed Need) คือ ความจำเป็นที่แสดงออกผ่านการกระทำหรือพฤติกรรม เช่น การเข้ารับบริการสุขภาพ การร้องเรียน หรือการแสดงออกถึงความต้องการในรูปแบบต่างๆ ซึ่งสะท้อนความต้องการที่แปลงมาเป็นการกระทำ

4) ความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Need) คือ ความจำเป็นที่เกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น การเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างพื้นที่เมืองกับชนบท หรือการเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ

ทั้งนี้ Bradshaw ได้เสนอว่า ความจำเป็นทั้ง 4 ประเภทนี้ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกันเสมอไป และการพิจารณาความจำเป็นจากมุมมองใดมุมมองหนึ่งเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การประเมินความจำเป็นที่ครบถ้วนควรพิจารณาทั้ง 4 มิติประกอบร่วมกันอย่างเหมาะสม ทั้งนี้พบว่าการนำกรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy มาใช้ในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพมีประโยชน์หลายประการ ดังนี้

1) การพิจารณาความจำเป็นอย่างรอบด้าน กรอบแนวคิดนี้ช่วยให้การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพมีความครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ทำให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านและสะท้อนความต้องการที่แท้จริงของประชาชน[15]

2) การสร้างความสมดุลระหว่างมุมมองของผู้เชี่ยวชาญและประชาชน การพิจารณาทั้งความจำเป็นทางบรรทัดฐาน (มุมมองของผู้เชี่ยวชาญ) และความจำเป็นที่รู้สึก (มุมมองของประชาชน) ช่วยสร้างความสมดุลระหว่างมุมมองทั้งสองฝ่าย[15]

3) การค้นหาช่องว่างของบริการสุขภาพ การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความจำเป็นทั้ง 4 มิติ ช่วยให้เห็นช่องว่างของบริการสุขภาพที่มีอยู่ เช่น บริการที่มีความจำเป็นทางบรรทัดฐานสูงแต่ประชาชนไม่รู้สึกว่าจำเป็น หรือบริการที่ประชาชนรู้สึกว่าจำเป็นแต่ไม่มีการจัดบริการ[15]

4) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ กรอบแนวคิดนี้ช่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพโดยพิจารณาจากความสอดคล้องระหว่างความจำเป็นทั้ง 4 มิติ เช่น ปัญหาที่มีทั้งความจำเป็นทางบรรทัดฐานและความจำเป็นที่รู้สึกสูงควรได้รับการแก้ไขก่อน[16]

5) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การประเมินความจำเป็นที่รู้สึกและความจำเป็นที่แสดงออกจำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูลจากประชาชนโดยตรง ซึ่งเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ[17]

2. ข้อจำกัดของการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม

การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพในรูปแบบที่ใช้กันทั่วไปจะมีประโยชน์ แต่ก็ยังพบข้อจำกัดบางประการที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของการออกแบบนโยบายในเชิงพื้นที่ ดังนี้

1) การขาดการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพมักอาศัยข้อมูลจากแหล่งเดียว เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา โดยไม่ได้บูรณาการข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เช่น ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน หรือข้อมูลจากการให้บริการสุขภาพ[12]

2) การเน้นที่ความจำเป็นทางคลินิกมากกว่าความจำเป็นที่รู้สึก แพทย์และบุคลากรสุขภาพมักมุ่งเน้นการรักษาโรคมากกว่าการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้ละเลยมิติทางสังคม จิตวิญญาณ และอารมณ์ของผู้ป่วย[13]

3) การไม่คำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรม บริการสุขภาพในหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา มักไม่ได้คำนึงถึงวิธีการที่ประชาชนในท้องถิ่นอธิบายความเจ็บป่วย วิธีการแสวงหาคำแนะนำ หรือการใช้วิธีการรักษาแบบดั้งเดิม การเน้นที่โรงพยาบาลและการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างครอบคลุม[14]

4) การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพมักดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญโดยขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของประชาชน และไม่ได้นำภูมิปัญญาและทรัพยากรในชุมชนมาใช้ประโยชน์[14]

5) การนิยามและระบุกลุ่มเป้าหมายที่มีอคติ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายของนโยบายหรือโครงการสุขภาพมักถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญหรือผู้กำหนดนโยบาย โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ทำให้บริการสุขภาพที่จัดขึ้นอาจไม่ตรงกับความต้องการและไม่ได้รับการใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่[18]

3. การประยุกต์ใช้ในกระบวนการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัด

การนำแนวคิด Bradshaw's Taxonomy มาประยุกต์เข้ากับกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพในระดับจังหวัดโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนนั้น พบว่าประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยผ่านการบูรณาการทรัพยากรและความร่วมมือของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ[14] อย่างไรก็ตาม การพัฒนานโยบายสุขภาพระดับจังหวัดยังมีความท้าทายในด้านการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการศึกษาสถานการณ์นโยบายสุขภาพระดับจังหวัดในประเทศไทย พบว่า นโยบายส่วนใหญ่ยังเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามมุมมองของผู้เชี่ยวชาญและผู้กำหนดนโยบาย (Normative Need) มากกว่าการตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชน (Felt Need) การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการนโยบายทำให้นโยบายสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของประชาชนในพื้นที่[8] นอกจากนี้ การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพในระดับจังหวัดยังขาดการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายมิติ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจสถานการณ์สุขภาพและความต้องการของประชาชนอย่างรอบด้าน การนำกรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy มาใช้ในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดจึงเป็นแนวทางที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้[19] โดยการเชื่อมโยงมิติความจำเป็นทั้ง 4 ด้านเข้ากับกระบวนการนโยบายสาธารณะ ซึ่งประกอบด้วย การระบุปัญหา การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย ดังนี้

3.1 การระบุปัญหา (Problem Identification)

3.1.1 ความจำเป็นทางบรรทัดฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สถิติสุขภาพ และมาตรฐานบริการสุขภาพ เพื่อระบุปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญตามมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ

3.1.2 ความจำเป็นที่รู้สึก สำรวจความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนผ่านการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม หรือการสำรวจแบบสอบถาม เพื่อเข้าใจปัญหาสุขภาพที่ประชาชนรู้สึกว่าสำคัญ

3.1.3 ความจำเป็นที่แสดงออก วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ การร้องเรียน และพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ เพื่อเข้าใจปัญหาสุขภาพที่ประชาชนแสดงออกผ่านพฤติกรรม

3.1.4 ความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระหว่างพื้นที่หรือกลุ่มประชากร เพื่อระบุความไม่เท่าเทียมและช่องว่างของบริการสุขภาพ

3.2 **การกำหนดนโยบาย** (Policy Formulation)

3.2.1 ใช้ข้อมูลความจำเป็นทั้ง 4 มิติ ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพและกำหนดเป้าหมายของนโยบาย

3.2.2 พัฒนานโยบายที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทั้ง 4 มิติอย่างสมดุล โดยคำนึงถึงทั้งหลักฐานทางวิชาการ ความต้องการของประชาชน การใช้บริการจริง และความเท่าเทียมระหว่างพื้นที่

3.2.3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3.3 **การนำนโยบายไปปฏิบัติ** (Policy Implementation)

3.3.1 ออกแบบกลไกการนำนโยบายไปปฏิบัติที่คำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่

3.3.2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทั้ง 4 มิติ เช่น การจัดบริการที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและความต้องการของประชาชน

3.3.3 สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนนโยบาย

3.4. **การประเมินผลนโยบาย** (Policy Evaluation)

3.4.1 ประเมินผลนโยบายโดยพิจารณาผลลัพธ์ทั้ง 4 มิติ เช่น การบรรลุเป้าหมายตามมาตรฐานวิชาชีพ ความพึงพอใจของประชาชน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้บริการ และการลดความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่

3.4.2 ใช้ข้อมูลจากการประเมินผลในการปรับปรุงนโยบายและการวางแผนในอนาคต

4. แนวทางการประยุกต์ใช้ในกระบวนการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพระดับจังหวัด

แนวการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในกระบวนการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพระดับจังหวัด สามารถทำได้ผ่านขั้นตอนต่อไปนี้

4.1 การเตรียมการและการวางแผน

4.1.1 กำหนดขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพให้ชัดเจน

4.1.2 สร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในจังหวัด เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชน

4.1.3 พัฒนาเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2.1 ความจำเป็นทางบรรทัดฐาน โดยการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยา สถิติสุขภาพ และมาตรฐานบริการสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.2.2 ความจำเป็นที่รู้สึก จัดเวทีรับฟังความคิดเห็น สัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและประชาชน และสำรวจความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

4.2.3 ความจำเป็นที่แสดงออก วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ การร้องเรียน และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

4.2.4 ความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระหว่างพื้นที่หรือกลุ่มประชากร

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 วิเคราะห์ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างความจำเป็นทั้ง 4 มิติ

4.3.2 ระบุปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญตามเกณฑ์ต่างๆ เช่น ความรุนแรงของปัญหา จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ และความเป็นไปได้ในการแก้ไข

4.3.3 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพโดยพิจารณาจากความสอดคล้องระหว่างความจำเป็นทั้ง 4 มิติ

4.4 การวางแผนและการตัดสินใจ

4.4.1 จัดเวทีนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันตัดสินใจเลือกปัญหาสุขภาพที่จะดำเนินการแก้ไข

4.4.2 พัฒนาแผนปฏิบัติการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทั้ง 4 มิติ โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่และศักยภาพของชุมชน

4.4.3 กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของความจำเป็น

4.5 การดำเนินการและการติดตามประเมินผล

4.5.1 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้

4.5.2 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาผลลัพธ์ทั้ง 4 มิติ

4.5.3 ปรับปรุงแผนปฏิบัติการตามผลการประเมินและการเปลี่ยนแปลงของบริบท

5. กรณีศึกษาการประยุกต์ใช้ Bradshaw's Taxonomy ไปใช้ประกอบในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพระดับจังหวัด

5.1 กรณีศึกษาจังหวัดกระบี่ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดกระบี่ได้นำแนวคิด Health Belief Model มาใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลคลองพน อำเภอคลองท่อม[20] ซึ่งสามารถนำมาบูรณาการกับแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและออกแบบนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

ความจำเป็นทางบรรทัดฐาน : ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

ความจำเป็นที่รู้สึก : จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัวพบว่า ร้อยละ 80 ต้องการให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าการเข้ารับการดูแลในสถานพยาบาล

ความจำเป็นที่แสดงออก : ข้อมูลการใช้บริการพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการฉุกเฉินสูงขึ้นร้อยละ 30 ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้หากมีการดูแลที่เหมาะสมในชุมชน

ความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ : เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้มแข็ง พบว่าจังหวัดเหล่านั้นมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุต่ำกว่า

จากการวิเคราะห์ความจำเป็นทั้ง 4 มิติ จังหวัดกระบี่ได้ออกแบบนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้ เสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สามารถป้องกันได้

5.2 กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี การประเมินความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี การศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 104 แห่งในจังหวัดกาญจนบุรี ใช้ดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (PNI Modified) เพื่อประเมินลำดับความสำคัญของความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า บริการดูแลครอบครัวและชุมชนถูกจัดเป็นความต้องการที่จำเป็นที่สุด ตามด้วยระบบการส่งต่อและเครือข่าย บริการผู้ป่วยนอก และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามลำดับ[18] การประเมินนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นทางบรรทัดฐาน (Normative Need) ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม การประเมินความจำเป็นที่ครบถ้วนควรคำนึงถึงความจำเป็นที่รู้สึก (Felt Need) ของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากมุมมองของผู้ให้บริการ

5. หลักการสำคัญในการบูรณาการ Bradshaw's Taxonomy กับนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดแบบมีส่วนร่วม

5.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการบูรณาการกรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัด เนื่องจากการประเมินความจำเป็นที่รู้สึกและ

ความจำเป็นที่แสดงออกจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลและการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การจัดเวทีประชาคม การแต่งตั้งตัวแทนชุมชนเป็นคณะกรรมการ การใช้เทคนิคการประเมินแบบมีส่วนร่วม (Participatory Appraisal) และการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนมีประโยชน์หลายประการ ได้แก่ การได้ข้อมูลที่สะท้อนความต้องการที่แท้จริงของประชาชน การสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความผูกพันต่อนโยบาย การระดมทรัพยากรและภูมิปัญญาในชุมชน และการสร้างความยั่งยืนของนโยบาย[8,16]

5.2 การบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data Integration) การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ภาพที่ครบถ้วนของความจำเป็นทั้ง 4 มิติ การบูรณาการข้อมูลสามารถทำได้ผ่านการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Community Health Information System) ที่รวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา ข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพ และข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่การวิเคราะห์ข้อมูลแบบบูรณาการควรใช้เทคนิคการวิเคราะห์ที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (Spatial Analysis) การวิเคราะห์แนวโน้ม (Trend Analysis) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างมิติต่างๆ ของความจำเป็น[12,19,20]

5.3 การสร้างสมดุลระหว่างความเชี่ยวชาญและการมีส่วนร่วม (Balancing Expertise and Participation) การบูรณาการกรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัดจำเป็นต้องสร้างสมดุลระหว่างความเชี่ยวชาญทางวิชาการและการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการประเมินความจำเป็นทางบรรทัดฐานและการให้ข้อมูลทางวิชาการที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจ ขณะที่ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการแสดงความจำเป็นที่รู้สึกและความจำเป็นที่แสดงออก การสร้างสมดุลระหว่างความเชี่ยวชาญและการมีส่วนร่วมสามารถทำได้ผ่านการจัดกระบวนการปรึกษาหารือที่เปิดโอกาสให้ทั้งผู้เชี่ยวชาญและประชาชนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันตัดสินใจ เช่น การใช้เทคนิค Deliberative Polling หรือ Citizens' Jury[13,16]

5.4 การพัฒนาศักยภาพชุมชนและท้องถิ่น (Community Capacity Building) การพัฒนาศักยภาพชุมชนเป็นส่วนสำคัญของการบูรณาการกรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัด เนื่องจากชุมชนที่มีศักยภาพจะสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพชุมชนสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพและการประเมินความจำเป็น การพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจ และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน การพัฒนาศักยภาพชุมชนมีประโยชน์หลายประการ ได้แก่ การเพิ่มขีดความสามารถในการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย การสร้างความยั่งยืนของนโยบาย และการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของชุมชน[16]

5.5 การสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Health Governance) การสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพระดับจังหวัดเป็นปัจจัยสำคัญในการบูรณาการกรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการออกแบบนโยบายสุขภาพระดับจังหวัด เนื่องจากธรรมาภิบาลที่ดีจะช่วยให้กระบวนการนโยบายมีความโปร่งใส มีส่วนร่วม และมีความรับผิดชอบ การสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพระดับจังหวัดสามารถทำได้ผ่านการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การสร้างความโปร่งใสในการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาระบบความรับผิดชอบและการตรวจสอบ ธรรมาภิบาลที่ดีในระบบสุขภาพระดับ

จังหวัดจะช่วยให้นโยบายสุขภาพตอบสนองต่อความจำเป็นที่แท้จริงของประชาชน มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม และได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากประชาชน[14]

สรุปและอภิปรายผล

การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Bradshaw's Taxonomy ในการประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อออกแบบนโยบายระดับจังหวัดแบบมีส่วนร่วมถือเป็นแนวทางที่ตอบโจทย์บริบทระบบสุขภาพไทยซึ่งให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจและธรรมาภิบาลท้องถิ่น จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาจังหวัดกระบี่และกาญจนบุรี พบว่าการบูรณาการมิติความจำเป็นทั้ง 4 ประเภท ได้แก่ ความจำเป็นทางบรรทัดฐาน (Normative Need) ความจำเป็นที่รู้สึก (Felt Need) ความจำเป็นที่แสดงออก (Expressed Need) และความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Need) ช่วยสร้างสมดุลระหว่างมุมมองผู้เชี่ยวชาญกับความต้องการจริงของประชาชน ส่งผลให้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพมีความแม่นยำและสอดคล้องกับสภาพพื้นที่มากขึ้น ข้อได้เปรียบหลักของกรอบแนวคิดนี้อยู่ที่การเปิดพื้นที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนประเมินความจำเป็นจนถึงการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งส่งเสริมความเป็นเจ้าของนโยบาย (Policy Ownership) และเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ดี การนำไปใช้อาจเผชิญความท้าทายด้านข้อมูลข้ามแหล่ง การบูรณาการกลไกการมีส่วนร่วมที่แท้จริง และข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากร จากประสบการณ์การประยุกต์ใช้ในประเทศไทย ผู้เขียนให้พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลทางระบาดวิทยา สังคมวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งออกแบบกลไกการมีส่วนร่วมที่คำนึงถึงความหลากหลายของกลุ่มประชากร นอกจากนี้ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices) และพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จที่สะท้อนมิติความจำเป็นทั้งสี่อย่างรอบด้าน นอกจากนี้ผู้เขียนมีความเห็นว่าควรมีการพัฒนาการศึกษาวิจัย โดยมุ่งศึกษารูปแบบการบูรณาการกรอบแนวคิดนี้กับเครื่องมือนโยบายสมัยใหม่เช่น Health Impact Assessment (HIA) และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data Analytics) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจเชิงนโยบาย การพัฒนาต่อยอดดังกล่าวจะช่วยยกระดับนโยบายสุขภาพไทยให้มีความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของประชาชนอย่างยั่งยืน ข้อได้เปรียบหลักของกรอบแนวคิดนี้ อยู่ที่การเปิดพื้นที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนประเมินความจำเป็นจนถึงการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งส่งเสริม Policy Ownership และเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติได้จริง

ความท้าทายที่พบจากการศึกษา ได้แก่ ข้อจำกัดด้านข้อมูลและสารสนเทศ ความยากลำบากในการสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของชุมชน ข้อจำกัดด้านความสามารถและศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน และความท้าทายด้านการบูรณาการและความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษารูปแบบการบูรณาการกรอบแนวคิดกับเครื่องมือนโยบายสมัยใหม่ เช่น Health Impact Assessment (HIA)
2. พัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จที่สะท้อนมิติความจำเป็นทั้งสี่อย่างรอบด้าน
3. ศึกษาผลกระทบระยะยาวของการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1948.
2. Judith A, Phil H. Needs assessment: a creative and practical guide for social scientists. London: Routledge; 2002.
3. Nitra Kitteerawutwong, Sansanee Mekrungreangwong. Health needs assessment: from concept to practice. Journal of Public Health Research, Khon Kaen University. 2014;7(2):1-5.

4. Oxford University Press. Oxford Advanced Learner's Dictionary. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
5. Culyer A.J. Need and the National Health Service : Economics and Social Choice. London: Martin Robertson; 1976.
6. Williams A. Priorities not needs. In: Corden A, Robertson G, Tolley K, editors. Meeting needs. Aldershot: Avebury Gower; 1992.
7. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological Review. 1943;50(4):370--96.
8. Peachpansri S, Thongcharoen V, Viripiromgool S. Needs assessment of health care services for older adults in sub-district health promoting hospitals [Internet]. J Nurs Sci. [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://he02.tci-
9. Robinson JE, Elkan R. Health needs assessment: theory and practice. New York: Churchill Livingstone; 1996.
10. Pickin C, St Leger S. Assessing health need using the life cycle framework. Buckingham: Open University Press; 1993.
11. Wight J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. British Medical Journal. 1998; 316(7140):1310-3.
12. Scottish Health Council. Health needs assessment: A practical guide [Internet]. [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://ihub.scot/media/1841/health_needs_assessment_a_practical_guide.pdf
13. Cambridge University Press. Needs assessment [Internet]. [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://assets.cambridge.org/97819046/71541/excerpt/9781904671541_excerpt.pdf
14. District Health System. The principle and modern approach [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://med.nu.ac.th/home/DHS/eBooks/files/DHS-DistrictHealthSystem2021_en.pdf
15. Bradshaw J. A taxonomy of social need. In: McLachlan G, editor. Problems and progress in medical care. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 1972. p. 71--82.
16. NACCHO. Statement of policy: Community health needs assessments [Internet]. [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Community-Health-Needs-Assessment.pdf.
17. Chongthawonsatid S. Identification of unmet healthcare needs: A national survey in Thailand. J Prev Med Public Health. 2021;54:129--136. Available from: https://www.jpmph.org/upload/pdf/jpmph-20-318.pdf.
18. Author unknown. Understanding community participation in rural health care. Front Public Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.860792/full
19. Author unknown. Integrating health into local plans: A comparative review of health [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10002235/.
20. Author unknown. Health belief model explaining behavioural changes among Thai people: A qualitative case study of Khlong Phon Subdistrict Municipality, Krabi in Thailand [Internet]. SSRN; 2022 [cited 2025 Apr 18]. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4080863.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

Relationship between Oral Health Literacy and Self-Care Oral Health Behaviors of Village Health Volunteers in Sao Phao Subdistrict,Si Chon District, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: June 7,2025 ; Revised: June 16,2025 ; Accepted: June 18,2025)

ณัฐวรรณ ปานดำ[1] จันทร์จารี เกตุมาโร[2]
Nattawan Pandam[1] Chanjaree Getmaro[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามมี 3 ส่วน คือ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล 2. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ 3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง (M = 4.07, SD = 0.48) และพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.65, SD = 0.37) ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, (r = 0.425, p-value<.001)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง, ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive study aimed at examining personal information, the level of oral health literacy, and the level of self- care oral health behavior, as well as investigating the relationship between oral health literacy and self-oral health care behavior among village health volunteers in Sao Phao Subdistrict, Si Chon District, Nakhon Si Thammarat Province. Data were collected from a sample group of 180 participants. The research instrument was a questionnaire consisting of three parts: 1) personal information, 2) oral health literacy, and 3) self-oral health care behavior. The reliability coefficients of the questionnaire were 0.92. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and correlation (Pearson Correlation).

The results indicated that the level of oral health literacy was high (M = 4.07, SD = 0.48), while the level of self-care oral health behavior was moderate (M = 3.65, SD = 0.37). Oral health literacy was correlated with self-care oral health behaviors of village health volunteers in Sao Phao Subdistrict, Si Chon District, Nakhon Si Thammarat Province; statistically significant at the 0.01, (r = 0.425, p-value<.001)

Keywords: Self-care oral health behaviors, Oral health literacy, Village health volunteers

---

[1] นักวิชาการสาธารณสุข, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง Corresponding Author, Nattawan Pandam E-mail: nattawan@scphtrang.ac.th

[2] รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ[1] ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานสุขภาพช่องปากประเทศไทยระยะ 20 ปี ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการจัดบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมทั้งการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานและบริการที่จำเป็น[2]

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่ากลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี ปัญหาหลักที่พบคือการสูญเสียฟัน โดยพบวัยทำงานมีการสูญเสียฟันร้อยละ 83.90 เฉลี่ย 3.5 ซี่ต่อคน และมีสภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 81.00 โดยร้อยละ 51.80 เกิดร่วมกับหินน้ำลายน้ำ ส่วนโรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายอวัยวะปริทันต์เกิดเป็นร่องลึกพบร้อยละ 32.60 มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่และมีฟันคู่สบ 4 คู่สบ ในเขตชนบทและเขตเมืองใกล้เคียงกันคือร้อยละ 93.90 และ 93.50 ตามลำดับ สำหรับผู้ที่มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่และมีฟันคู่สบ 4 คู่ พบในภาคใต้น้อยที่สุดร้อยละ 91.30 และภาคใต้มีผู้ที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษามากที่สุดร้อยละ 62.60 เฉลี่ย 2 ซี่ต่อคน ผู้จำเป็นต้องรับบริการรักษามากที่สุดคือภาคใต้ ได้แก่ ผู้จำเป็นต้องอุดฟัน 1 ด้าน และถอนฟันมากที่สุดร้อยละ 64.5 และ 30.80 ตามลำดับ สัดส่วนประชากรวัยทำงานที่เคยรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาลดลงจากร้อยละ 42.30 ในการสำรวจครั้งที่8 เป็นร้อยละ 33.40 เฉลี่ยคนละ 1.7 ครั้ง ในส่วนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มวัยทำงานดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลร้อยละ 73.70 แปรงฟันก่อนนอนทุกวันร้อยละ 80.10 แต่มีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 67.20 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพช่องปาก กลุ่มวัยนี้ได้รับจากสื่อออนไลน์ (เว็บไซต์ เฟสบุ๊ค ไลน์) มากที่สุดร้อยละ 44.90 รองลงมาคือบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามลำดับ[3]

สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช สภาวะสุขภาพช่องปากในปีงบประมาณ 2567 พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีฟันแท้ที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 83.74 มีฟันคู่สบ 4 คู่ร้อยละ 52.99 และมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่และมีฟันคู่สบ 4 คู่เพียง ร้อยละ 50.15 ซึ่งน้อยกว่าระดับประเทศและระดับภาค เมื่อแยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอสิชล มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่และมีฟันคู่สบ 4 คู่ ร้อยละ 47.06 และเมื่อแยกรายตำบล พบว่า ตำบลเสาเภา มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่และมีฟันคู่สบ 4 คู่ ร้อยละ 41.85[4]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นทักษะที่บุคคลมีความสามารถที่จะได้รับการคิดวิเคราะห์และเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานในช่องปากและบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้ดีขึ้น[5]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนในชุมชน ซึ่งมีผลต่อสุขภาพองค์รวม โดยสามารถตรวจเฝ้าระวัง ประเมินกลุ่มเสี่ยงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมป้องกันควบคุมดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและประชาชน เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชน รวมทั้งสามารถให้คำปรึกษาแนะนำและส่งต่อเพื่อรับบริการป้องกัน แก้ไข รักษา และฟื้นฟูโรคในช่องปากของประชาชนในชุมชนได้[6]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพ จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี เป็นแบบอย่างของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี และเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้กับประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross- sectional Descriptive Study) โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมดจำนวน 281 คน[7]

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมดจำนวน 180 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรเครจซี่และมอร์แกน[8] โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่มาในวันที่ดำเนินการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. และการเข้ารับบริการทันตกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert rating scale) กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน
มาก ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
น้อย ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 3 ด้าน จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

การปฏิบัติ	เชิงบวก (คะแนน)	เชิงลบ (คะแนน)
เป็นประจำ	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
นานๆ ครั้ง	3	3
บางครั้ง	2	4
ไม่ปฏิบัติ	1	5

การแปลความหมายระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง แบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC 0.67-1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเปลี่ยน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือติดต่อประสานขอความร่วมมือไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ทำการอบรมผู้ช่วยวิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามที่ใช้ และดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามพร้อมรับกลับด้วยตนเอง ตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขจริยธรรม SCPHYLIRB-2568/108 ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.44 อายุ 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.78 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.89 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.00 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 8,930.61 บาท ระยะเวลาการเป็น อสม.อยู่ในช่วง 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.55 และส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 89.44

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.07, SD = 0.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการจัดการตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (M = 4.24, SD = 0.63) รองลงมา คือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (M = 4.21, SD = 0.62) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การสื่อสารด้านทันตสุขภาพ (M = 3.89, SD = 0.66)

3. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.65, SD = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการทำความสะอาดช่องปาก (M = 4.00, SD = 0.47) รองลงมา คือ ด้านการเข้ารับบริการทันตกรรม (M = 3.32, SD = 1.03) และด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก (M = 3.29, SD = 0.96 ตามลำดับ

4. ผลการการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง (r = 0.425*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราชอยู่ในระดับปานกลาง (r = 0.425*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ความสามารถของบุคคลในการเข้าใจข้อมูลส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติอะไรบางอย่างเป็นและตัดสินใจปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม[9]ตามที่ขวัญเมือง แก้วดำเกิง[10] ได้ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะ ซึ่งแต่ละสังคมกำหนดว่าบุคคลจำเป็นต้องมี เพื่อการเข้าถึง สร้างความเข้าใจ รู้จักใช้คำถาม ทำให้สามารถตัดสินใจ และนำข้อมูลแนวทางปฏิบัติไปใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคนในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา รอซีกีน สาเร๊ะ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ และกัลยา ตันสกุล[11] ได้ศึกษา ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r_s = 0.516, p <0.001**) และสอดคล้องกับการศึกษา ศิริภา คงศรี และสดใส ศรีสะอาด[12] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการสื่อสารด้านทันตสุขภาพ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารด้านทันตสุขภาพ ด้วยการจัดทำโครงการในลักษณะการให้ความรู้ ควบคู่ไปกับการปฏิบัติแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านการสื่อสารด้านทันตสุขภาพ สามารถบอกต่อประชาชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักถึงความสำคัญในการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยการจัดโครงการในลักษณะการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป

3. จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดั้งนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงควรให้ความสำคัญการความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพด้านทันตสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านทันตสุขภาพ ด้านการสื่อสารด้านทันตสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ให้มีเนื้อหาให้ความสำคัญต่อความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

2. ควรมีการศึกษาลักษณะข้อมูลเชิงลึกเพื่อที่จะได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น เช่น การสัมภาษณ์โดยตรงควบคู่ไปกับการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สุดคล้องกับสภาพจริงมากที่สุด

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ การเข้ารับบริการทันตกรรม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นเหรียง ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากคณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช

สำราญจิตต์ อาจารย์ ดร.มิ่งขวัญ ศิริโชติ และอาจารย์ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร ที่กรุณาให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณบิดามารดา พี่น้อง และผู้เป็นที่รักที่ช่วยเป็นกำลังใจสำคัญและให้ความช่วยเหลือเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งผู้บริหาร พี่ ๆ และเพื่อนร่วมงานวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่กรุณาและสละเวลาในการให้ข้อมูลสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข). กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 68]; เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health.
2. กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากภายใต้วิถีใหม่ (New normal). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จีดี โปรดักชั่น จำกัด; 2564.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ.2566-2580. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานมาตรฐานสาขาสุขภาพช่องปาก. HDC สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 68]; เข้าถึงจาก: https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/close.php.
5. Alice M Horowitz and Dushanka V Kleinman. Oral health literacy:the new imperative to better oral health. Dental Clinics North America 2008; 52:33 - 44.
6. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารเกณฑ์การคัดเลือก อสม. ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ. สำนักทันตสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 68]; เข้าถึงจาก: http://dentalanamai.moph.go.th.
7. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. รายงานจำนวนอสม.แยกตามตำบล [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 68]; เข้าถึงจาก: https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000S8.php.
8. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30:607-610.
9. ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์. การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้มารับบริการทันกรรมวัยผู้ใหญ่ในบริบทของสังคมไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
10. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการปฏิบัติการเครื่องมือประเมิน(ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่1 กรุงเทพมหานคร: ไอ ดี ออล ดิจิตอล พริ้นท์ จำกัด; 2567.
11. รอซีกีน สาเร๊ะ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ และกัลยา ตันสกุล. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 3:27-39.
12. ศิริภา คงศรี และสดใส ศรีสะอาด. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล 2563; 31:133-147.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

Relationship between Oral Health Literacy and Self-Care Oral Health Behaviors among Junior High School Students in kantangpittayakorn School Kantang District, Trang Province.

(Received: June 7,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

พชรพร สุนทรเต็ม[1] จันทร์จารี เกตุมาโร[2]
Pacharaporn Soontorntem[1] Chanjaree Getmaro[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง 260 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ 1.ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 2.ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ 3.ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.01

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 12-16 ปี มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ (M = 3.66 S.D.= 0.62) และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.21, S.D. = 0.30) โดยความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ในระดับสูง (r=.584) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

Abstract

This research was descriptive research. The study examined personal factors, dental health literacy levels, and self-care oral health behaviors, and investigated the relationship between dental health literacy and self-care oral health behaviors among junior high school students at Kantang Pittayakorn School, Kantang District, Trang Province. Data were collected from 260 samples. The tool used was a questionnaire that included: 1) personal factors data, 2) dental health knowledge data, and 3) oral health care behavior data with a reliability of 0.92. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. The correlation was determined using Pearson's correlation coefficient with significance at the 0.01 level.

The results showed that most junior high school students at Kantang Pittayakorn School, Kantang District, Trang Province were male, aged between 12-16 years. Overall dental health literacy was at a moderate level (M = 3.66, S.D. = 0.62), and overall oral health care behavior was at a moderate level (M = 3.21, S.D. = 0.30).

[1] นักศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding Author: Pacharaporn Soontorntem E-mail address: 6624782236@rumail.ru.ac.th
[2] รองศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

The relationship between dental health literacy and self-care oral health behavior showed a high level of correlation with statistical significance at the 0.05 level (r = 0.584).

Keywords: oral health literacy, self-care oral health behaviors, junior high school students

บทนำ

สุขภาพช่องปากมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีถือเป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อผู้คนมากถึง 3.58 พันล้านคน หรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรโลกที่ต้องทนความทุกข์ทรมานจากโรคในช่องปาก เช่น โรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ เป็นโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งในเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี เด็กวัยนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของงานทันตสาธารณสุข และเป็นกลุ่มอายุสำคัญที่ใช้ในการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพช่องปากในระดับสากล เนื่องจากเป็นกลุ่มอายุที่มีฟันถาวรขึ้นครบ 28 ซี่[1] และปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อยในเด็กวัยนี้ คือ โรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี[2]

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 ในกลุ่มเด็กวัยเรียน ร้อยละ 93.10 จากการสำรวจ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลในเด็ก ร้อยละ 68.60 ดื่มเครื่องดื่มมีส่วนผสมของน้ำตาล 1-2 ครั้ง/วัน ร้อยละ 8.80 ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ น้ำตาล 3-4 ครั้ง/วัน ร้อยละ 1.80 ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล 5 ครั้ง/วันขึ้นไป นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคขนมถุงกรุบกรอบและลูกอมที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก เป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยเด็กที่บริโภคลูกอม ร้อยละ 73.60 เด็กที่ไม่บริโภคลูกอม ร้อยละ 26.40 ส่วนใหญ่บริโภคแบบบางวัน ร้อยละ 69.80 และจากการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในฟันถาวรของเด็กอายุ 12 ปี พบค่าฟันถาวรดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 62.30 ค่าปราศจากฟันถาวรผุ (Caries free) ร้อยละ 50.30 ความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 49.70 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.20 ซี่/คน เมื่อแยกรายภาค พบว่า ภาคใต้เด็กอายุ 12 ปี มีประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 45.20 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.30 ซี่/คน มีฟันถาวรดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 63.30[3] และในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุขได้รายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปากของประชาชน ระดับบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 12 ในจังหวัดตรัง ปี 2567 พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 12 ปี มีฟันผุในฟันแท้ ร้อยละ 14.75 ฟันถาวรดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 87.99 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 0.60 ซี่/คน เมื่อแยกเป็นระดับอำเภอ พบว่า อำเภอกันตัง มีฟันผุในฟันแท้ ร้อยละ 8.55 ฟันถาวรดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 92.16 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 0.74 ซี่/คน[4]

กลุ่มวัยรุ่นตอนต้น หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 11-14 ปี (American academy of pediatrics,2017) โดยเฉพาะในช่วงอายุ 12-13 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาโรคฟันผุ เนื่องจากเป็นช่วงที่มีฟันกรามแท้ซี่ที่สองขึ้น และฟันกรามแท้ขึ้นครบในช่องปาก (ไม่รวมฟันกรามแท้ซี่ที่สาม)[5] ทำให้มีโอกาสผุเพิ่มขึ้นหากดูแลไม่ถูกต้อง ซึ่งกลุ่มวัยดังกล่าวมีความจำเป็นในการใช้ฟันเพื่อบดเคี้ยวอาหารอีกเป็นเวลานานหลายปี ทั้งนี้ช่วงอายุ 12 ขึ้นไปนั้น เป็นวัยที่มีความรู้สึกนึกคิดเป็นของตนเอง สามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังเป็นวัยเริ่มต้นของการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้ และเป็นวัยที่มีความเหมาะสมในการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมได้ดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการดูแลช่องปากให้เป็นสุขนิสัย และพัฒนาการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ ทำให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง[6]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเลือกใช้บริการ เพื่อสุขภาพ ช่องปากที่ดีของตนเอง และยังสามารถแนะนำผู้อื่นต่อได้[7]

จากประเด็นที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ จากการค้นคว้าเพิ่มเติม พบว่าการศึกษาที่ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยนักเรียนกลุ่มนี้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพฟันจากภาครัฐในโรงเรียน ซึ่งอาจเกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปากได้ รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลช่องปากของตนเองที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษา ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันสุขภาพและส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มนักเรียนให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์กของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ในปีการศึกษา 2567 จำนวน 608 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ในปีการศึกษา 2567 จำนวน 260 คน ซึ่งได้จากการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของเครซี่และมอร์แกน[8]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นระดับการศึกษาในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา

ตอนต้นของโรงเรียนกันตังพิทยากร จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ทักษะความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านทันตสุขภาพ

ด้านที่ 2ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านทันตสุขภาพ

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารด้านทันตสุขภาพ

ด้านที่4 ทักษะการจัดการตนเองด้านทันตสุขภาพ

ด้านที่ 5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านทันตสุขภาพ

ด้านที่ 6 ทักษะการตัดสินใจด้านทันตสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนกันตังพิทยากร จำนวน 25 ข้อประกอบด้วย

1. การดูแลทำความสะอาดช่องปาก
2. การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก
3. การเข้ารับบริการทางทันตกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยแบบสอบถามหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่าความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.67-1 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนกันตังรัษฎาศึกษาอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีขั้นตอนดังนี้

1. นำเสนอขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2. จัดทำหนังสือขออนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนกันตังพิทยากร และโรงเรียนกันตังรัษฎาศึกษาอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เพื่อความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 1 ชั่วโมง

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และความสำคัญของการทำแบบสอบถามตลอดจนขอความร่วมมือจากนักเรียนชั้นมัธยมตอนต้น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการผู้วิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์สร้างจาก Google Form จากนั้น จึงนำลิงค์แบบสอบถามส่งไปยังครูประจำชั้นในแต่ละชั้นปี เพื่อส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่างผ่านแอพลิเคชั่นไลน์ และกล่องข้อความเฟสบุ๊ค ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์แล้วผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้นได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนกันตังพิทยากรอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation

coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง SCPHYLIRB-2568/138

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 157 คนคิดเป็นร้อยละ 60.38 และเพศหญิง จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 39.62 มีอายุต่ำสุด (Min) คือ 12 ปี และอายุสูงสุด (Max) คือ 16 ปี ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาเป็นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 40.77

2. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.66 S.D.= 0.62) พบว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพแต่ละทักษะมีระดับคะแนนดังนี้

2.1 ทักษะความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านทันตสุขภาพ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.65, S.D. = 0.68)

2.2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านทันตสุขภาพ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับสูง (M = 3.73, S.D. = 0.70)

2.3 ทักษะการสื่อสารด้านทันตสุขภาพ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.60, S.D. = 0.69)

2.4 ทักษะการจัดการตนเองด้านทันตสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับสูง (M = 3.68, S.D. = 0.76)

2.5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านทันตสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.66, S.D. = 0.76)

2.6 ทักษะการตัดสินใจด้านทันตสุขภาพ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.66, S.D. = 0.74)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.21, S.D. = 0.30)

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่าความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง (r=.584) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อจำแนกความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ได้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ดังนี้

4.1 ทักษะความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r= .505)

4.2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์พสัมพันธ์ (r= .490)

4.3 ทักษะการสื่อสารด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r= .431)

4.4. ทักษะการจัดการตนเองด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r= .514)

4.5 ทักษะการจัดการตนเองด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r = .512)

4.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r= .547)

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.66 (S.D.= 0.62) สอดคล้องกับการศึกษาของรอซีกีน สาเร๊ะ และคณะ[9] ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ภาพรวมจัดอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยา ศรีมาฤทธิ์ และนิยม จันทร์นวล[10] ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพทักษะที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านทันตสุขภาพ (M = 3.73, S.D. = 0.70) ทักษะที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ระดับทักษะการสื่อสารด้านทันตสุขภาพ (M = 3.60, S.D. = 0.69) อธิบายได้ว่าคนยุคใหม่เติบโตมาพร้อมกับ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ และเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังขาดทักษะตีความ วิเคราะห์ แยกแยะเนื้อหาสาระของสื่อว่ามีความจริงเท็จประการใด ขาดความสามารถในการป้องกันตนเองจากการถูกจูงใจของเนื้อหาของสื่อ ทำให้อาจมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อาทิเช่นเชื่อโฆษณาโดยทันทีโดยไม่ตรวจสอบ แชร์เรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพทันซึ่งอาจจะเป็นผลเสียต่อผู้รับสารต่อๆ ไป

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.21, S.D. = 0.30) เนื่องจากอาจจะไม่เห็นความสำคัญของช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้วยวัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่เพื่อนค่อนข้างจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนได้ และจากผลการศึกษาพบว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในช่องปากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภา คงศรีและสดใส ศรีสะอาด[11] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่าพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารซึ่งเป็นหนึ่งในสามด้านของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนการดูแลสุขภาพในช่องปากตามปกติและด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่อง

ปาก เมื่อมีปัญหาในช่องปาก มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r=.584) สอดคล้องกับการศึกษาของรอซีกีน สาเร๊ะและคณะ[9] ศึกษาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภา คงศรีและสดใส ศรีสะอาด[11] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่าองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการจัดการตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก และสอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงษ์ สอดสี[12] ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับประสบการณ์รักษาทางทันตกรรมของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากองค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการสื่อสารกับวิชาชีพทันตกรรมของนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์ได้รับการรักษากับไม่เคยรับการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนเช่น เพื่อนของนักเรียน ครอบครัว เป็นต้น

1.2 การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ในกลุ่มนักเรียน หรือปัจจัยอื่นๆ ๆที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้ได้รูปแบบและวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและหลากหลาย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนเช่น เพื่อนของนักเรียน ครอบครัว เป็นต้น

2.2 การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ในกลุ่มนักเรียน หรือปัจจัยอื่นๆ ๆที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้ได้รูปแบบและวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและหลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากคณาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องหลายท่านอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จารี เกตุมาโร อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้คำแนะนำ ติดตามตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้อย่างดีตลอดมาจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช สำราญจิตต์ อาจารย์ ดร.มิ่งขวัญ ศิริโชติ และอาจารย์ ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร ที่กรุณาให้เกียรติเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการ

ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการประสานงานต่าง ๆ เสมอมาตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนกันตังพิทยากร และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนกันตังพิทยากร อำเภอกันตัง จังหวัด ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงนักเรียนทุกคนที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาการวิจัยและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอบพระคุณบิดามารดา พี่น้อง และผู้เป็นที่รัก ที่ช่วยเป็นกำลังใจสำคัญและให้ความช่วยเหลือเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งผู้บริหารทุกท่าน พี่ ๆ และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขสำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี. นนทบุรี : กรมอนามัย; 2561.
2. จิรารัตน์ เอมแย้ม. (2566). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(1), 96-98
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
4. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2566). OHSP ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี มีฟันผุในฟันแท้ เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2568 จาก https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_ pk.php
5. ณัฐวุธ แก้วสุทธา อังศินันท์ อินทรกำแหง และพัชรี ดวงจันทร์. (2558). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากและสภาวะอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 20(2), 77 - 95.
6. อธิวัฒน์ หัสดาลอย สุรีย์จันทรโมลี ประภาเพ็ญ สุวรรณ และมยุนา ศรีสุภนันต์. ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ได้รับการจัดฟัน. วารสารทันตขอนแก่น 2560ก.ค.-ธ.ค. ;20(2). 37-51.
7. วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, รัฐติภรณ์ ลีทองดี, นฤพร ชูเสน, ปุณยรัตน์ ลวดทอง, วิลาสินี ยุวชาติ, อภิญญา พูนสวัสดิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารทันตาภิบาล. 2566;34(1):1–12.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–610.
9. รอซีกีน สาเร๊ะ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ และ กัลยา ตันสกุล. (2563). ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(3), 27-39.
10. กิตติยา ศรีมาฤทธิ์ และนิยม จันทร์นวล. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(3), 38-39
11. ศิริภา คงศรี, สดใส ศรีสะอาด. องค์ประกอบของความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล 2561;29(2):56-68.
12. อนุพงษ์ สอดสี. (2563).ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับประสบการณ์รักษาทางทันตกรรมของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน.2(1): 18 -28

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with acute ischemic stroke who enter the stroke fast track system at Kalasin hospital : 2 case studies.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

วิระพร กาฬหว้า[1]
Wiraporn Kalawa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track ที่ได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA 2) นำผลการศึกษามาพัฒนาและเน้นให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการใช้ช่องทางด่วนภาวะสุขภาพ (stroke fast track) เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงระบบช่องทางด่วนได้เร็วและจำนวนมากขึ้น โดยศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track ทั้งได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA โดยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสังเกต นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบและวางแผนการพยาบาลโดยใช้มาตรฐานการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track ทั้งได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ79 ปี อาการสำคัญ ซึม ไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มาโดยรถกู้ชีพ มีประวัติโรคร่วม DM type II , HT , DLP, CKD รับยาสม่ำเสมอ แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ประเมิน NIHSS 6 คะแนน จึงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน วันจำหน่ายผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 63 ปี อาการสำคัญ พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที มาโดยรถส่วนตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ประเมิน NIHSS 2 คะแนน จึงไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA แต่ได้รับยา Antiplatelet เพื่อการรักษาภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ วันจำหน่ายผู้ป่วยยังมีแขนขาอ่อนแรงด้านซ้ายเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตัน ชนิดเฉียบพลัน stroke fast track

Abstract

This study was case study aimed to 1) examine the nursing care of patients with acute ischemic stroke who enter the stroke fast track system and receive or do not receive treatment with rt-PA thrombolytic drugs. 2) Use the study results to develop and emphasize the importance of using the stroke fast track when experiencing stroke symptoms so that more patients can quickly access the fast track system. By comparing the nursing care of patients with acute ischemic stroke who entered the stroke fast track system, both those who received and did not receive treatment with rt-PA thrombolytic therapy in the critical care stroke unit of Kalasin Hospital between June and July 2024, a total of 2 cases. The tools used in the study included Data collection

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

forms were used to gather information from patient medical records, interviews, and observations. The data were analyzed and compared, and nursing care plans were developed using the standards for nursing care for stroke patients.

Study results comparing the nursing care of patients with acute ischemic stroke who entered the stroke fast track system, both those who received and did not receive rt-PA thrombolytic therapy. Case Study 1: A 79-year-old Thai male patient presented with significant symptoms of lethargy and inability to speak, which occurred one hour before arriving at the hospital. Came by ambulance. He has a medical history of type II DM, HT, DLD, and CKD. Taking medications regularly, the doctor diagnosed an Acute cerebral infarction, assessed with an NIHSS score of 6 points, and thus received treatment with thrombolytic drugs. The patient had no complications. On the day of discharge, the patient showed no signs of weakness and was able to perform daily activities. Case study 2: A 63-year-old Thai woman with the main symptoms of slurred speech and left-sided weakness. It occurred 2 hours and 30 minutes before coming to the hospital. came by private car. The patient denied any underlying diseases. The doctor diagnosed an Acute cerebral infarction and assessed the NIHSS score at 2 points, so she did not receive rt-PA thrombolytic therapy but received Antiplatelet drug post symptom occur after 48 hrs. On the day of discharge, the patient still had minor left-sided weakness but was able to perform daily activities.

Keywords: stroke patients, acute stenosis or occlusion, stroke fast track

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke เป็นโรคทางระบบประสาทที่สำคัญ ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต หรือภาวะทุพพลภาพในอัตราที่สูง[1] โดยพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและแตกต่อประชากรแสนคน ในปี 2562-2564 เท่ากับ 34,728, 34,545 และ 36,214 ราย ตามลำดับ และพบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและแตก ต่อประชากรแสนคน ในปี 2562-2564 เท่ากับ 52.97, 52.80 และ 53.53 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสูญเสียด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ[2] จากสถิติข้อมูลจังหวัดกาฬสินธุ์[3] ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที ปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 75.51, 88.89 และ 80.95 รายตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงที่ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100, 99.80 และ 100 ราย ตามลำดับ แต่การรักษาโรคนี้ที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี้ (primary prevention)

นโยบาย Service plan, Service excellence ของกระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษา[4] เพื่อความสอดคล้องกับนโยบาย Service plan ดังนั้นโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์อายุรศาสตร์และแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมระบบประสาท ในปี พ.ศ.2561และอายุรแพทย์ระบบประสาทในปี พ.ศ.2562 จัดตั้ง Stroke Unit ในปีพ.ศ.2556 ให้บริการการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน เน้นการ

เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็วและปลอดภัย โดยใช้ระบบช่องทางด่วน Fast track system เข้ารับบริการภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด Door to needle time น้อยกว่า 60 นาที[5] เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดและผ่านเกณฑ์การประเมินด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การสังเกตอาการผิดปกติทางสมองอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt-PA จนครบ 72 ชั่วโมงในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Stroke Intensive Care Unit) เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจึงย้ายออกเพื่อรับการรักษาและฟื้นฟูยัง หอผู้ป่วยสามัญ จากข้อมูลสถิติงานด้านคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2565 -2567 พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง จำนวน 347ราย (23.24%), 304 ราย (22.96%) และ 318 ราย (24.00%) ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารักษาด้วยระบบช่องทางด่วนยังไม่ถึงเกณฑ์ (เกณฑ์ 50%) และจำนวนผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 98 , 64 ราย และ 82 ราย ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษา เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast tract system) โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วมของผู้ป่วย ประวัติแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ ปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track ที่ได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

2. นำผลการศึกษามาพัฒนาและเน้นให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการใช้ช่องทางด่วนภาวะสุขภาพ (stroke fast track) เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงระบบช่องทางด่วนได้เร็วและจำนวนมากขึ้น

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 2 ราย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ใช้ช่องทางด่วนภาวะสุขภาพ (stroke fast track) เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เข้ารับการรักษาในในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติ การผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ จนถึงจำหน่ายเป็นระยะๆ

3. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ ได้แก่ การ

ตรวจเอ็กซเรย์ปอด การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4. ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด(rt-PA) โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิชาการ ต่างๆ Internet, Website ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยแผนการรักษานำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยพยาบาลและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล[6,7] โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

7. สรุปผลปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมการพยาบาลพร้อมแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

8. สรุปเรียบเรียงเขียนผลงาน

9. จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1. การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย อายุ 79 ปี ซึม ไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มาโดยรถกู้ชีพ มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง CKD	หญิงไทย อายุ 63 ปี พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที มาโดยรถส่วนตัว ผู้นำส่งเป็น อสม. ไม่มีโรคประจำตัว	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน แต่มาด้วยอาการที่แตกต่างกัน **กรณีศึกษารายที่ 1** มาโดยรถกู้ชีพ มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง CKD แต่ **กรณีศึกษารายที่ 2** มาโดยรถส่วนตัว ผู้นำส่งเป็น อสม. ไม่มีโรคประจำตัว
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี GCS E4V1M6 pupil 3 min RTL BE มีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านหลังเย็บ 2 stitches ใบหน้าด้านซ้ายเบี้ยว มุมปากซ้ายตก ไม่พูด มี severe dysarthria ไม่มี Neglect หายใจ	ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี GCS=E4V5M6 pupil 3 min RTL BE ไม่มีใบหน้าเบี้ยว ไม่มีมุมปากตก ไม่มี Aphasia Mild dysarthria ไม่มี Neglect หายใจ room air ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย motor power Rt. arm	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้า กระบวนการ stroke fast track **กรณีศึกษารายที่ 1** จากอาการแสดงใบหน้าด้านซ้ายเบี้ยว มุมปากซ้ายตก ไม่พูด มี severe dysarthria ไม่มี

ตารางที่ 1. การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
	room air ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย motor power Rt. arm gr.III, Rt. leg gr.III Lt. arm gr.IV Lt. leg gr.IV NIHSS 6 คะแนน ปวดสะโพกขวา PS 5/10 Oxygen sat.99% Vital sign BT 37.8 °c PR 94 bpm RR 20 bpm BP 169/79 mmHg. **EKG 12 leads** : NSR rate 85 bpm No AF	gr.V, Rt.leg gr.V, Lt.arm gr.IV, Lt.leg gr.IV NIHSS 2 คะแนน Oxygen sat.99% Vital sign BT 36.9 °c PR 80 bpm RR 18 bpm BP 150/75 mmHg **EKG 12 leads**: NSR rate 71 bpm No AF	Neglect มี lesion ที่สมองด้านซ้ายจากผล CT scan hyperacute infarction cannot be excluded แต่ CT scan brain ครั้งที่ 2 หลังได้ยา rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง พบ Scalp hematoma (size 1.3-2.8 cms.) Old lacunar infarction เกิด External bleeding จากยา rt-PA **กรณีศึกษารายที่ 2** จากอาการแสดง แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง มี Mild dysarthria lesion อยู่ด้านขวา ผล CT scan brain พบ acute cerebral infarction
3. แผนการรักษา	- **CT scan brain** emergency พบ No evidence of cerebral infarction but hyperacute infarction cannot be excluded Aging brain atrophy - rt-PA 0.9 mg/kg BW 65 kg total 58.5 mg (0.9 x 65) - rt-PA 5.8 mg iv bolus - rt-PA 52.7 mg iv drip in 60 min - DTX ทุก 6 hrs. - Film pelvis induce hip - Consult Orthopedic - Tramol 50 mg iv stat then iv ทุก 8 ชั่วโมง - Consult PM&R - CT scan brain หลังได้ยาrt-PA ครบ 24 ชั่วโมง พบ Scalp hematoma (size 1.3-2.8 cms.) Old lacunar infarction at anterior limb of left internal **HM** ASA (300) 1tab OD pc., Atrovastatin (40) 1 tab hs., Folic acid 1tab OD pc., Losec (20) 1cap OD ac., Metformin	**CT scan brain** พบ Ill – defined hypodense lesion at anterior limb of right internal capsule; acute cerebral infarction is suspected Sclerosis of right mastoid air cell; mastoiditis is suspected - ไม่ได้ rt-PA เพราะ NIHSS 2 คะแนน - record vital sign and neurological sign if NIHSS ≥4 คะแนน (progressive Neuro deficit) please notifyแพทย์ - if NIHSS ≥ 4 คะแนน in 4.5 hrs. plan ให้ยา rt-PA - DTX ทุก 6 hrs. - Consult PM&R **HM** ASA (300) 1tab OD pc., Atrovastatin (40) 1 tab hs., Folic acid 1tab OD pc., Losec (20) 1cap OD ac.	**กรณีศึกษารายที่ 1** จากCT scan brain ผู้ป่วยมาเร็ว อาจไม่เห็น lesion ใน CT scan brain ที่สมองด้านซ้ายชัดเจน แต่อาการแสดงเข้ากับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน NIHSS 6 คะแนน จึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA แต่ CT scan brain ครั้งที่ 2 หลังได้ยาrt-PAครบ 24 ชั่วโมง พบ Old lacunar infarction at anterior limb of left internal capsule ซึ่ง lesion ชัดขึ้น มีเลือดออกบริเวณบาดแผลที่ศรีษะด้านหลัง (minimal bleeding) ต่อมา พูดได้ แขนขามีกำลังมากขึ้น GCS E4V5M6 Motor power Rt. arm gr.V, Rt. leg gr.V , Lt. arm gr. V, Lt. leg gr.V, NIHSS 0 คะแนน **กรณีศึกษารายที่ 2** จากCT scan brain พบว่า lesion อยู่ด้านขวา อาการและอาการแสดงเข้ากับโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน NIHSS 2 คะแนน จึงไม่พิจารณาให้ยา rt-PA แต่ผู้ป่วยได้รับยา Antiplatelet เพื่อการรักษาภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ไม่มี progressive stroke

ตารางที่ 1. การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
	(500) 1tab bid pc. งดยาเดิมทุกชนิด		NIHSS 2 คะแนน และได้รับการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้ง 2 ราย
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆตามร่างกายจากยา rt-PA 2. เสี่ยงต่อภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง 3. เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก 4. เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก หกล้ม 5. เสี่ยงต่อการเกิด Hypoglycemia 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกขวา 7. ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1. เสี่ยงต่อภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง 2 เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก หกล้ม 3. เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก 4. ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกันคือ 1) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง 2) เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตก หกล้ม 3) เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก 4) ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากแขนขายังอ่อนแรงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมและพูดไม่ชัด
5. การปฏิบัติการพยาบาล 5.1 ระยะวิกฤต	1.ประเมิน GCSและประเมิน Vital sign ทุก 15 นาที X 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที X 6 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง X 16 ชั่วโมง 2.สังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท ประเมิน N/S ทุก1ชม. pupil ทุก1ชม. 3. สังเกตอาการเลือดออกในสมอง เช่นปวดศีรษะ GCS ≥2 คะแนน, ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 4. จัดท่านอนศรีษะสูง 15-30 องศา 5. วัด Oxygen saturation อย่างต่อเนื่อง 6. Monitor EKG อย่างน้อย 48 ชั่วโมง	1. ประเมินGCS และประเมิน Vital signทุก 1 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท ประเมิน N/S ทุก1ชม. pupil ทุก 1 ชั่วโมง 3. สังเกตอาการเลือดออกในสมองเช่น ปวดศีรษะ GCS ≥2 คะแนน, ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 4. จัดท่านอนศรีษะสูง 15-30 องศา 5.วัด Oxygen saturation อย่างต่อเนื่อง 6. Monitor EKG อย่างน้อย 48 ชั่วโมง 7. สังเกต neurological sign if NIHSS ≥4คะแนน รายงานแพทย์ if NIHSS ≥4คะแนน in 4.5 hrs. plan ให้ยา rt-PA	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลในระยะวิกฤตอย่างครอบคลุม เป้าหมายในการรักษาคือเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ หลังการรักษาผู้ป่วยมีโอกาสที่สมองจะกลับมาทำงานได้ปกติ เพื่อลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤตรวมทั้งให้การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อลดอัตราการตายและความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นการดูแลด้านจิตใจ ของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องที่สำคัญการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและญาติ
5. การปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ) 5.2 การพยาบาลระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู	1. ประเมินการกลืนและ ลักษณะหรือความผิดปกติของการกลืน 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	1. ประเมินการกลืนและ ลักษณะหรือความผิดปกติของการกลืน 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 3. จัดท่านอนศรีษะสูง 30- 45 องศา นาน 15–30 นาทีหลังรับประทานอาหาร	**กรณีศึกษารายที่1** ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA พบปัญหาเกิดเลือดออกบริเวณศรีษะด้านหลัง จากยา rt-PA มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปวดสะโพกขวา CT scan brain ซ้ำไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง

ตารางที่ 1. การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่เข้าระบบ stroke fast track

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2	การวิเคราะห์
	3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30- 45 องศา นาน 15–30 นาทีหลังรับประทานอาหาร 4. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ยกไม้กั้นเตียงขึ้นป้องกันการตกเตียง 5. ประเมินความรู้เรื่องการ บริโภคอาหาร ร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพ 6. ติดตามค่า DTX Keep 80-180 mg% สังเกตอาการซึมอ่อนเพลีย เหงื่อออกใจสั่น	4. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ยกไม้กั้นเตียงขึ้นป้องกันการตกเตียง 5. ประเมินความรู้เรื่องการ บริโภคอาหาร ร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพ 6. ติดตามค่า DTX Keep 80-180 mg%	อาการทางระบบประสาทดีขึ้น กำลังแขนขาปกติ **กรณีศึกษารายที่ 2** ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA เนื่องจาก NIHSS 2 คะแนน ผู้ป่วยไม่มีอาการทางระบบประสาทที่เลวลง กำลังแขนขาเท่าเดิม ซึ่งสามารถทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อต่อที่บ้านได้
5. การปฏิบัติการพยาบาล(ต่อ) 5.3 การพยาบาลระยะจำหน่าย	1.ประเมินระดับความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว 2. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยง โรคแทรกซ้อน แผนการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพของร่างกาย 3. เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ ระบายความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวล	1. ประเมินระดับความ เข้าใจต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว 2. สอนแนะนำญาติให้มี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรค ภาวะเสี่ยง โรคแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพของร่างกาย 3. เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ ระบายความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวล	เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถจำหน่ายออก จากโรงพยาบาลได้ มีแผนการรักษาให้กลับมาพบแพทย์ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา และได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน

ผลลัพธ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เข้าสู่กระบวนการช่องทางด่วน stroke fast track มีพยาธิสภาพที่แตกต่างกันของตำแหน่งสมองที่ขาดเลือด ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ที่แตกต่างกัน ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตโดยสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลแบบองค์รวม จึงส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยลดอัตราการเสียชีวิตลดความพิการจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่ามีภาวะสมองสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าสู่ระบบ stroke fast track มีพยาธิสภาพใบหน้าด้านซ้ายเบี้ยว (minor paralysis) มีมุมปากซ้ายตก ไม่พูด (Aphasia) มี severe dysarthria แขนขาซีกขวาอ่อนแรง หลังเข้าสู่ระบบ stroke fast track และได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา rt-PA ระดับความรู้สึกตัวปกติ พูดได้ปกติ กำลังแขนขาปกติไม่อ่อนแรง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2 พบว่ามีภาวะสมองสมองขาดเลือดเฉียบพลันเข้าสู่ระบบ stroke fast track มีพยาธิสภาพ พูดไม่ชัด แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง NIHSS 2 คะแนน ถือว่าอาการทางระบบประสาทไม่รุนแรง จึงไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวปกติ ทำกิจวัตรประจำวันได้ กำลัง

แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน กรณีศึกษารายที่ 1 พลเมืองดีพบผู้ป่วย ซึม ไม่พูด ตกจากเก้าอี้ขณะร่วมงานศพ จึงเรียกรถกู้ชีพนำส่งโรงพยาบาล แสดงให้เห็นถึงความรู้ในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ stroke fast track ได้ทันท่วงที ซึ่งผล CT scan Brain พบว่า Old lacunar infarction at anterior limb of left internal capsule กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง บุตรสาวเป็นอสม. มีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองประกอบกับสถานที่เกิดเหตุอยู่ห่างไกลจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรถส่วนตัว ซึ่งผล CT scan Brain พบ hypodense lesion at anterior limb of right internal capsule ทำให้มีพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน การได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายในระยะเลา 4.5 ชั่วโมง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังแขนขาดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นการรณรงค์ให้ผู้รับบริการที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันหรือแตกเข้าสู่กระบวนการช่องทางด่วน stroke fast track จะได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วถูกต้อง รวมถึงการเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างไกล้ชิดโดยแพทย์และพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในหอผู้ป่วยโรคหดเลือดสมองระยะวิกฤต ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะวิกฤต (acute phase) ต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถในการประเมินช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นวิกฤตของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA การรักษาต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ การให้คำแนะนำการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เน้นการใช้ช่องทางด่วน 1669 และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำเพื่อไม่ให้กลับมารักษาด้วยโรคเดิม จะช่วยลดความพิการและภาวะพึ่งพิงได้[6,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มการให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน อสม. ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ สูบบุหรี่อ้วน เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว (stroke fast track) และได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่บริการทางแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทาง 1669

2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในหน่วยงานหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต มาใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเครือข่ายที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

3. ควรเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเครือข่ายในการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt – PA โดยการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่เป็นแนวทางเดียวกัน และติดตามประเมินผลสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับประชาชน. (2566). สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
2. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
3. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2568). งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; (คัดสำเนา)
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า และคณะ. (2566). การบริบาลผู้ป่วยและระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 7 พิมพ์ที่ หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ขอนแก่น.
5. The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2018). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med, 333(24),1581-7.
6. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. (2564) (Stroke care: Towards Best Nursing Outcomes) พิมพ์ครั้งที่2. คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. พรศิริ พันธสี. (2560). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 20. สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

Development of a Care Model for Dependent Elderly through the Participation of Network Partners in Khlong Yai District, Trat Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ไพริน ศิริพันธ์[1] ปริชาติ แก้วไชย[1]
Pairin Siriphun[1] Parichat Kaewchai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในลักษณะเป็นวงรอบ วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอคลองใหญ่ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด และ 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 128 คน ได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนจากตารางของเครจซี่ และมอร์แกนและเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย 5 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคสังคม และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ 2) แบบสอบถาม 3) แบบสังเกต และ4) แนวทางสรุปการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ด้วยสถิติทดสอบ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอคลองใหญ่ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านไม่มีเวลาดูแล ส่งผลให้ต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือลูกหลานในบ้านดูแล ประกอบกับส่วนใหญ่จะมีรายได้ค่อนข้างน้อย การเข้าถึงสิทธิและบริการของผู้สูงอายุบางรายที่ขาดเอกสารบัตรประจำตัวประชาชน ไม่มีสัญชาติหรือมีสองสัญชาติ และระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ยังไม่ครอบคลุม 2) ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมาใช้ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีและคะแนนของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) สูงกว่าก่อนนำรูปแบบมาใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอคลองใหญ่ มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การพัฒนารูปแบบ, การมีส่วนร่วม

Abstract

This research was participatory action research (PAR) using mixed method for analysis. The purposes of this research were to explore the problems and needs in caring for dependent elderly individuals in Khlong Yai District, to develop a care model for dependent elderly individuals through the participation of network partners in Khlong Yai District, Trat Province, and to evaluate the implementation of the developed care model. The sample consisted of 128 participants, determined using Krejcie and Morgan's sample size table and selected through purposive sampling. The participants represented five key sectors: public health, local government, civil society, social sector, and dependent elderly individuals. Research instruments included (1) interview forms, (2) questionnaires, (3) observation checklists, and (4) guidelines for reflective learning synthesis. Data were analyzed using percentages, means, and standard deviations. Differences in the ability to perform activities of daily living (ADL), measured by the Barthel ADL Index, were analyzed using the Paired Samples t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

The research findings revealed that: (1) The problems and needs in elderly care in Khlong Yai District included limited access to public health services, particularly for bedridden patients and persons with disabilities. Population aging has forced caregivers to work outside the home, leaving less time for elderly care, which often falls on neighbors or family members. Additionally, most elderly individuals had relatively low incomes, and some lacked access to social rights and services due to missing identification documents, statelessness, or dual nationality. The support systems from relevant sectors were also insufficient and lacked comprehensive coverage. (2) After implementing the participatory elderly care model, the quality of life among dependent elderly individuals significantly improved to a good level, and their ADL scores increased significantly ($p < 0.05$). (3) Following implementation, the network partners in Khlong Yai District demonstrated the highest level of participation in the care of dependent elderly individuals.

Keywords: Dependent elderly people, Model development, Participation

บทนำ

ทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2024 คาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 830 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.6 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050[1] ส่งผลให้มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งหมายความว่ามีคนวัยทำงานจำนวนน้อยลงที่ต้องดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุที่มากขึ้น แม้ว่าสังคมสูงวัยจะเริ่มต้นในประเทศที่มีรายได้สูง แต่ปัจจุบันประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรนี้อย่างรวดเร็ว[2] โดยทวีปเอเชียเป็นศูนย์กลางของการเปลี่ยนแปลงนี้ ซึ่งคาดว่าจะมีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งของโลกภายในปี ค.ศ. 2060 การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นความท้าทายในการแก้ไขปัญหาของแต่ละประเทศ ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลสุขภาพที่มากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและบริการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงขึ้น [1] ด้านความยั่งยืนของระบบบำนาญและสวัสดิการสังคม[3] ด้านการขาดแคลนแรงงานสัดส่วนประชากรวัยทำงานที่ลดลงอาจนำไปสู่ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในบางภาคส่วน ส่งผลกระทบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ ด้านความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งผู้สูงอายุจำนวนมากอาจเผชิญกับความไม่มั่นคงทางการเงิน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีเงินออมหรือบำนาญเพียงพอ นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงต่อการถูกเลือกปฏิบัติทางอายุ และด้านความต้องการด้านการดูแลระยะยาวที่ต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งเป็นความท้าทายสำหรับทั้งครอบครัวและระบบการดูแลสุขภาพ [2] ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหาดังกล่าวเช่นกัน

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายถึงการที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด [4] การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุส่งผลต่อการจัดบริการด้านสาธารณสุขและระบบสวัสดิการอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากข้อมูลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี พ.ศ. 2564 พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาด้านสุขภาพและมีความต้องการการดูแลในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ โดยร้อยละ 15.6 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง และมากกว่าร้อยละ 90 ต้องดูแลตนเองเพียงลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลเลย ขณะเดียวกันครอบครัวที่เคยเป็นหน่วยดูแลหลักกลับลดบทบาทลงเนื่องจากโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับชุมชน รัฐบาลจึงได้ให้ความสำคัญกับการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ให้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่ว

ประเทศ โดยเน้นการบูรณาการร่วมกันของหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว การดูแลแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบท และยั่งยืน

จังหวัดตราดเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นมากกว่าร้อยละ 23 ในปี พ.ศ. 2564 [5] จากการคัดกรองจำแนกตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 3,344 คน พบว่า อำเภอคลองใหญ่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.33 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 0.87 และติดเตียง ร้อยละ 0.80 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งกลุ่มติดบ้านและติดเตียงสูงกว่าอำเภออื่นๆ ในจังหวัดตราด ด้วยความเป็นอำเภอชายแดนทำให้คลองใหญ่ประสบกับปัญหาหลายด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ ซึ่งต้องพึ่งพาการเยี่ยมบ้านจากหน่วยงานท้องถิ่น และกิ่งกาชาดอำเภอคลองใหญ่เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านไม่มีเวลาดูแล ส่งผลให้ต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือลูกหลานในบ้านดูแล ประกอบกับส่วนใหญ่จะมีรายได้ค่อนข้างน้อย 3) ปัญหาด้านความมั่นคงและสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการลักลอบเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว และการแพร่ระบาดของยาเสพติด ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 4) การเข้าถึงสิทธิและบริการของผู้สูงอายุบางรายที่ขาดเอกสารบัตรประจำตัวประชาชน ไม่มีสัญชาติหรือมีสองสัญชาติ จำนวน 200 คน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิพื้นฐานและบริการของรัฐได้ และการขาดแคลนองค์กรหรือชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุขาดช่องทางในการรวมกลุ่มและรับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น[6] นอกจากนี้การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ยังขาดการบูรณาการที่เป็นระบบ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมทุกภาคส่วน ไม่มีกลไกความร่วมมือที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและครอบครัว ทำให้การดูแลยังขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผลส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แย่ลง มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพกายเรื้อรังที่ควบคุมได้ยากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลที่ดี[7] และมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการพักรักษาตัวที่ยาวนานกว่า ซึ่งส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นต่อระบบการดูแลสุขภาพ ที่สำคัญยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม[8] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการขาดการการดูแลจากชุมชนและครอบครัวส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้พวกเขารู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งและขาดความสุขในชีวิต[9] ซึ่งการแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอคลองใหญ่ให้ดียิ่งขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงและนำมาออกแบบเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยแนวคิดของ การบูรณาการภาคีเครือข่ายในชุมชน (Community-based Participatory Approach) เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบในทุกขั้นตอนของ

กระบวนการ และการสร้างต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอคลองใหญ่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานของการวิจัย

1. การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดัชนีบารเธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น
2. การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลให้ภาคีเครือข่ายในอำเภอคลองใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น และเกิดกลไกการดูแลร่วมกันที่ยั่งยืนในพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้รูปแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research)

1. ประชากร ในการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน) จำนวน 52 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ ซึ่งได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนจากตารางของเครจซี่ และมอร์แกน[10] และเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน) จำนวน 45 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในอำเภอคลองใหญ่อย่างน้อย 6 เดือน 3) ได้รับการประเมิน ADL มีคะแนนอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยหนักหรือมีภาวะทางจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่องครบร้อยละ 80

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4.1 ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ (Interview form) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีด้วยกัน 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน สถานะในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุดและสวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับต่อเดือน จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26

4.2 ชุดที่ 2 แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีด้วยกัน 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่าย เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 21 ข้อ

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 ข้อ

4.3 ชุดที่ 3 แบบสังเกต การมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

4.4 ชุดที่ 4 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ด้วยสูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (1970) เพื่อทดลองหาความน่าเชื่อถือของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่รับรอง 21/2567 รับรองวันที่ 9 กรกฎาคม 2567 หมดอายุวันที่ 8 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลระดับระดับคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

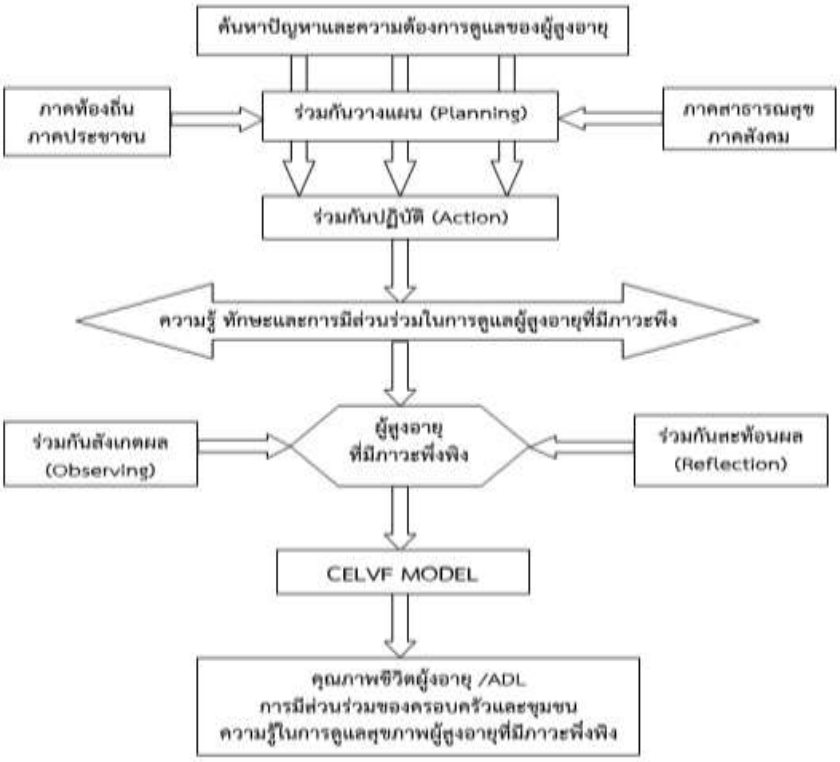
1. บริบทและสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ตั้งอยู่ชายแดนตะวันออกสุดของประเทศไทย ติดกับประเทศกัมพูชาและอ่าวไทย มีลักษณะภูมิประเทศเป็นแนวยาวตามชายฝั่งทะเลและเทือกเขาบรรทัด ทำหน้าที่เป็นพรมแดนธรรมชาติ แบ่งการปกครองออกเป็น 3 ตำบล ได้แก่ คลองใหญ่ ไม้รูด และหาดเล็ก รวม 20 หมู่บ้าน มีประชากรประมาณ 25,213 คน โดยเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุ 55-59 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.32 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 60-64 ปี และ 50-54 ปี ขณะที่กลุ่มอายุ 100 ปีขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.01 พื้นที่นี้มีจุดผ่านแดนถาวรบ้านหาดเล็ก ซึ่งเป็นเส้นทางสำคัญในการติดต่อกับกัมพูชา ประชากรร้อยละ 70.00 ประกอบอาชีพประมงพื้นบ้าน ร้อยละ 25.00 เป็นแรงงานรับจ้างในภาคประมง และร้อยละ 5.00 ค้าขายหรือรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยประมาณ 40,000–50,000 บาทต่อคนต่อ

ปี เนื่องจากพื้นที่ไม่เหมาะแก่การเกษตร ชาวบ้านจึงต้องนำเข้าผลผลิตจากจังหวัดอื่น คลองใหญ่ยังคงมีระบบนิเวศทางธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ ทั้งภูเขา ป่า ชายเลน และชายหาดสวยงาม จึงเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยมจากนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติ

สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอคลองใหญ่ อำเภอคลองใหญ่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดสังคมร้อยละ 98.33 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 0.87 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.80 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดตราด ดังนั้นการดูแลกลุ่มติดบ้านและติดเตียงต้องระวังเป็นพิเศษในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยสถานะเป็นอำเภอชายแดน คลองใหญ่จึงประสบปัญหาหลายด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ ซึ่งต้องพึ่งพาการเยี่ยมบ้านจากหน่วยงานท้องถิ่น และกิ่งกาชาดอำเภอคลองใหญ่ เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านไม่มีเวลาดูแล ส่งผลให้ต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือลูกหลานในบ้านดูแล ประกอบกับส่วนใหญ่จะมีรายได้ค่อนข้างน้อย และ 3) การเข้าถึงสิทธิและบริการของผู้สูงอายุบางรายที่ขาดเอกสารบัตรประจำตัวประชาชน ไม่มีสัญชาติหรือมีสองสัญชาติ จำนวน 200 คน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิพื้นฐานและบริการของรัฐได้ และการขาดแคลนองค์กรหรือชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุขาดช่องทางในการรวมกลุ่มและรับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอำเภอคลองใหญ่ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ผู้สูงอายุที่มีไม่เจ็บป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ แต่การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ยังขาดการบูรณาการที่เป็นระบบและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมทุกภาคส่วน ไม่มีกลไกความร่วมมือที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและครอบครัว ทำให้การดูแลยังขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผลส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แย่ลง มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพกายเรื้อรังที่ควบคุมได้ยากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลที่ดี และมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการพักรักษาตัวที่ยาวนานกว่า ซึ่งส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นต่อระบบการดูแลสุขภาพ ที่สำคัญยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่าได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยกระบวนการวิจัยแบบ PAR 4 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมกันวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) และขั้นตอนที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) นำไปสู่การจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ 1) โครงการอบรมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด(Caregiver) 2) โครงการเสริมสร้างทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด (Volunteer) 3) โครงการสร้างความตระหนักและส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด (Family and Community health) 4) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน (Long Term Care) อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด และ 5) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอคลองใหญ่ (Environment) โดยมีรูปแบบ ดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

3.1 การทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสถิติทดสอบ t-test ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตัวแปรที่ศึกษา	t-test for Equality of Means				
คะแนน ADL	*M*	*SD*	t	df	Sig
ก่อนเข้าโครงการ	9.71	1.14	18.83	44	.000
หลังเข้าโครงการ	15.82	1.61			

*$P < .05$

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังมีการติดตามประเมินผลความคงอยู่ของรูปแบบอีก 6 เดือน

3.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่หลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น มากกว่าก่อนนำรูปแบบไปใช้

โดยอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.112 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .271

3.3 ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของภาคีเครือข่าย พบว่าก่อนการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราดไปใช้ กลุ่มภาคีเครือข่ายมีความรู้ภาพรวมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับดี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 75.90 และระดับพอใช้จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 24.10 ภายหลังจากการนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ กลุ่มภาคีเครือข่ายมีความรู้ภาพรวมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .00

3.4 ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของภาคีเครือข่าย พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด มาใช้ ภาคีเครือข่ายฯ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .21

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอคลองใหญ่ ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนร่วมกัน ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล โดยได้รูปแบบการดูแลที่ประกอบด้วย 5 โครงการสำคัญ ได้แก่ 1) โครงการอบรมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด(Caregiver) 2) โครงการเสริมสร้างทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด (Volunteer) 3) โครงการสร้างความตระหนักและส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด 4) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน (Long Term Care) อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด และ 5) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอคลองใหญ่ ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ [11] ที่เน้นการมีส่วนร่วมในทุกระยะเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัทธิกร นาถประนิล และคณะ [12] ที่ใช้ PAR ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยพบการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อภิชาติ สานุสันต์ และคณะ[13] ที่เน้นบริบทและการทำงานร่วมกันในการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนัชพร ปักษาพันธ์ และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง[14] ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังจากนำรูปแบบการดูแลโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด (CELVF MODEL) ไปใช้ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนน ADL สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงพัฒนาการด้านความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ของการวิจัยที่ว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพด้านการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ CELVF ซึ่งประกอบด้วย 5

โครงการหลัก ได้แก่ (1) โครงการอบรมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยยกระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพ (2) โครงการเสริมสร้างทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เพิ่มการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนจากภาคประชาชน (3) โครงการส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชน ที่กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ (4) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน LTC ที่สนับสนุนด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ และ (5) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยศ วัชระคุปต์ และคณะ[15] ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับบริการดูแลระยะยาวมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม รวมถึงงานวิจัยของ ชาญชัย เหลาสาร และคณะ[16] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์ดูแลมีคะแนน ADL สูงขึ้นหลังได้รับการดูแล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ์[17] ที่ชี้ว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องและบูรณาการสามารถเพิ่มสมรรถภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้จริง

2.2 ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ไปใช้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ของการวิจัยที่ระบุว่า รูปแบบการดูแลนี้สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีนัยสำคัญ การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกนี้สะท้อนถึงความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบที่เน้นการบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในชุมชน ภายใต้โครงการสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การอบรมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ, การเสริมสร้างทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน, การส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชน, การบริหารจัดการกองทุน LTC อย่างมีประสิทธิภาพ และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โครงการเหล่านี้ช่วยส่งเสริมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ติดบ้าน ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจวรรณ ช่วยเต็ม, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ[18] ที่พบว่าปัจจัยสำคัญซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ความถี่ในการได้รับการดูแลจากภาครัฐ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การพลัดตกหกล้ม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และวิไลพร คลีกร[19] ที่ศึกษาระบบการดูแลระยะยาวในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างระบบในระดับพื้นที่ ทั้งด้านการเงิน การจัดบริการในชุมชน และการมีพี่เลี้ยงดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นและสามารถเข้าสู่ระบบ LTC ได้มากขึ้น ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังสามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบกองทุน LTC ได้ตรงตามความต้องการของพื้นที่ และยังสอดคล้องกับงานของ นวรัตน์ ปัญจธนทรัพย์[20] ที่พบว่า การปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแง่จิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริธร บัวแก้ว และปิยากร หวังมหาพร[21] ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรวมกลุ่ม การสนับสนุนทางสังคม และสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

2.3 ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไปใช้ในพื้นที่อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่า ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด ครอบคลุมทั้งการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัยที่ตั้งไว้ การมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุดนี้

อาจเป็นผลมาจากการที่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และเพียงพอเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขในพื้นที่ดังกล่าว เมื่อทุกฝ่ายมีความเข้าใจตรงกัน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน นำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของรัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ[22] ซึ่งเสนอว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะมีอยู่ 5 ระดับ ได้แก่ การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การใช้ประโยชน์ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล โดยการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนในแต่ละระดับส่งผลต่อการพัฒนาและกระจายประโยชน์สู่ชุมชนอย่างครอบคลุม สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว และอรุณ บุญสร้าง[23] ซึ่งศึกษาการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนในจังหวัดมุกดาหาร พบว่าความสำเร็จเกิดจากการที่ภาคีในพื้นที่รวมถึงผู้สูงอายุมีบทบาทในการรับรู้ ปรับตัว และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหา เช่นเดียวกับงานวิจัยของธีรนันท์ วรรณศิริ และดวงพร ผาสุวรรณ[24] ก็ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของชุมชนในการร่วมตัดสินใจ วางแผน และติดตามการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดนครปฐม โดยมีทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมหมอครอบครัวเข้ามามีบทบาท และยังสอดคล้องงานวิจัยของลอองจันทร์ คำภิรานนท์, เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ และจำเนียร สุวรรณชาติ[25] ซึ่งดำเนินการในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังสอดคล้องงานวิจัยของอุบลวรรณา ภวกานันท์ และศรัณย์ กอสนาม[26] ที่เสนอว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายควรครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ การติดตามประเมินผล และการใช้ประโยชน์ โดยเน้นกระบวนการประชาคมหมู่บ้าน และการมีบทบาทร่วมกันในการพัฒนาชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ควรมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้านการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและมีความต้องการการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม

1.2 ควรเชิญหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนนอกพื้นที่ที่มีบทบาทด้านการดูแลผู้สูงอายุเข้ามาเป็นเครือข่ายในการสนับสนุนองค์ความรู้ ทักษะ วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพของคณะทำงานในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 ควรเพิ่มตัวแปรด้านความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบและของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดำเนินงานอย่างครอบคลุม

2.2 ควรมีการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงการออกแบบ (Design Research Methodology) เพื่อสร้างนวัตกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Economic Forum. The Global Risks Report 2025. 20th ed. Geneva: World Economic Forum; 2025.
2. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2024.
3. HelpAge International. Population Ageing in Lower- and Middle-income Countries. Celebrating 40 Years of HelpAge International. London: HelpAge International; 2024.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดตราด (HDC). ตราด: ร้านตราดการพิมพ์; 2564.
6. กองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. จันทบุรี: กองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด; 2565.
7. Augustin T, Bayen E, Locquet M, Ehses F, Giet D, Guillaume M, et al. Informal caregivers of dependent older adults: Their physical and mental health, social support, and needs. Arch Gerontol Geriatr. 2018;75:195–203.
8. Lu N, Zhang Y, Zhang M, Yang M, Cai J. Social support and quality of life among older adults with disabilities in rural China: A cross-sectional study. BMC Geriatr. 2020;20(1):1–9.
9. Wang H, Zhao Y, Zhang L, Wang J, Li X. Factors associated with hospitalization among community-dwelling older adults with disabilities in China. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(18):3317.
10. Krejcie RV, Morgan DE. Determining Sample Size for Research Activities. J Educ Psychol Meas. 1970;30(3):608–9.
11. อติญาณ์ ศรเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, สถาพร แถวจันทึก, วารุณี เกตุอินทร์, วิไลวรรณ คมขำ. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(1):85–99.
12. วัทธิกร นาถประนิล, สุมัทนา กลางคาร, กษมา วงษ์ประชุม. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4(2):177.
13. อภิชาติ สานุสันติ์, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนากระบวนการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;9(03):19.
14. ธนัชพร ปักษาพันธ์, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(2):24–38.
15. ยศ วัชระคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พสิษฐ์ พัจนา, สาวิณี สุริยันรัตกร. ประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4):608–24.
16. ชาญชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์, วชิราภรณ์ วิทยาขาว. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;29(5):813–21.
17. นันทิกานต์ หวังจิ, อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์. พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1):241–56.
18. เบญจวรรณ ช่วยเต็ม, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. การรับบริการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(2):S296–309.
19. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):1–15.

20. นวรัตน์ ปัญจธนทรัพย์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาตนเองในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2567 มิ.ย. 8]. เข้าถึงได้จาก: https://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/2563/63_6.pdf
21. สิริธร บัวแก้ว, ปิยากร หวังมหาพร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. สหวิทยาการและความยั่งยืนปริทรรศน์ ไทย. 2562;8(2):241–8.
22. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาลิมา สำแดงสาร, ดลปภัฎ ทรงเลิศ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2561;11(1):231–8.
23. ขวัญชัย กาแก้ว, สุพิชญา ศุภพิพัฒน์. Age-friendly built environments สุขตามวัย: สิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ; 2560.
24. ธีรนันท์ วรรณศิริ, ดวงพร ผาสุวรรณ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2564;8(2):34–53.
25. ละอองจันทร์ คำภิรานนท์, เสกสรร คงอาชีวกิจ, จำเนียร สุวรรณชาติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):269–77.
26. อุบลวรรณา ภวกานันท์, ศรัณย์ กอสนาน. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุโดยองค์กรเครือข่าย. วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒน์. 2567;6(2):87–100.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.2 April - June 2025

Part III

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL10 NO.2 April - June 2025
Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 604
ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์ ,มณีรัตน์ จิรัปปภา

ผลของสมาธิบำบัดต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต 614
สุมณฑา คำประชม ,อาริยา สอนบุญ

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศจังหวัดสระแก้ว 624
พัชราภรณ์ จันทรฆาฎ ,นภาพร สิงห์นวล ,สุนทรี จีนธรรม ,พรนภา เตียสุธิกุล

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์งานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 631
ปาริชาต ลี้พล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ 642
นลิน ตันติโสภณวนิช

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง 649
วิน กลับคุณ ,สุดา ขำนุรักษ์ ,อัฐพร ช่วยสงคราม

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด 658
ศิริพรรณ สุชาติสุนทร ,ปานตา อภิรักษ์นภานนท์ ,อรุณี ต้นพงษ์เจริญ ,มณฑา แก้วสำอางค์ ,จิรนันท์ เพชรบูรณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 671
ขวัญจิรา บุญเดช ,จันทร์จารี เกตุมาโร

ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย . 679
สุภาวดี หล่อประดิษฐ์ ,ธีรพล หล่อประดิษฐ์

ผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 691
ชณาฎา จันทคัต

การพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ 702
จินตนา ศรีรมย์ ,ชญาภา แสนหลวง ,อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร 712
ศิริมา เทพสุภา ,กิตติรัตน์ ไพจิตโรจนา ,ไกรณญา เมธานวกิจไพศาล ,มัญชุตา การย์กวินพงศ์

การพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ 721
จุฑามาส ถนอมพงษ์ชาติ ,นัตตญา เวียงจันดา

ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ 731
ดาววิภา สาศรีเมือง

ประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี 741
ศุภรดา จันทร์ถมยา ,ศุภัช จันทร์ถมยา

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ 750
สุลีสกฤษณ์ มานะจิตต์ ,ธเนศ สังข์ศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ 761
พิพัฒน์ พุทธโร

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร 772
จงจิต สร้อยจักร

การพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 781
กิติญาดา พรไทย ,ภัทราวดี มากมี ,ปรัชญา แก้วแก่น

ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 791
พิมลพรรณ อันทะหวา ,นงเยาว์ มีเทียน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร 801
อารี บุตรสอน ,ปรเมศวร์ ขันธ์แก้ว ,ฐิติกร ประสาร

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 812
คลาย อาจสาลี

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2568
VOL.10 NO.1 April - June 2025
Part 3

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ 822
พิพัฒน์ พุทธโร

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 833
เยาวภา ขาววิเศษ

การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอด โดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 843
พรนภัส ไชยการ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงกับครอบครัวและชุมชน 855
รัติการณ์ กอมขุนทด

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา 866
จักรี สาริกานนท์

การพัฒนาระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี .....
ศุภัช จันทร์ถมยา 872

การพัฒนารูปแบบบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้ กรณีศึกษา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 883
นพดล สีสุข ,วีระโชติ รัตนกุล

การประเมินผลการดำเนินงาน การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 892
ปิยะมาศ ปรีชาฎก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร 905
ปัทมา คงบุญรักษ์

รูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 919
กรชนก ภูจอมนิล

ประโยชน์ของการพัฒนาการใช้ช่องทางด่วนพิเศษในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรม 929
ศิรฉัตร วิทยากร ,พาทิศ อนุกูลอนันต์ชัย ,วรรณ ภักดีไทย

การศึกษาความพึงพอใจและประสิทธิภาพการใช้งานในการพัฒนาถุงผ้าใส่ขวด Drain สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ 938
กัญญาณัฐ จันทร์ฉายเมธากุล

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่อความกลัวการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร 949
ปราวีณา นุกูลกิจ

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล 961
ศิริพร ฉัตรชัยพลรัตน์ ,ณิชชารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย ,นงนุช พลเขต

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 970
นิภา สุทธิพันธ์ ,นันทิกา ตั้งเพียร

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 979
สุริยา นะที ,บรรเทิง พลสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 989
วราลักษณ์ ปัดถาปาโท ,พวงเพชร จันทร์บุตร ,คณรัตน์ เดโฟเซซ์ ,รัชนี เจริญเพ็ง

ผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
วิทวัส เทพารส 998

การประเมินความคุ้มค่าของการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวาน : การศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษ..... 1005
ชญานิน กฤติยะโชติ ,กุสุมา มีศิลป์ ,สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์ ,อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ และจุฑามาศ แก้วจันดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 1017
พงศ์ดนัย ปั้นทอง ,สมปรารถนา ดาผา

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 1026
ขวัญอรุณ มักขุนทด จุฬาภรณ์ โสตะ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 38 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ เมษายน – มิถุนายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ โปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โปรแกรมการคัดกรองผู้ป่วยนอก โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยด้วยหลัก 5R โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยติดสารเสพติด โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลประเมินมาตรฐานและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรค การบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟาริน การพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแวนสัน การให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานผู้สูงอายุ โปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรงงานอาหารสัตว์ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรมทันตสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลัก 4S4C โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทักษะภายในตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โปรแกรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

The Development of Prevention and Control of Dengue Fever by Community Participation Model in Ban Tha Mueang Tambon Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ธีระศักดิ์ พลสวัสดิ์[1] มณีรัตน์ จิรัปปภา[2]
Teerasak Polsawat[1] Maneerat Jirubpapa[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต.บ้านท่าเมือง อ.ดอนมดแดง เก็บข้อมูลด้วยการวิเคราะห์บริบท การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบประเมินค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้อง 20 คนในการพัฒนารูปแบบ และประชาชนกับภาคีเครือข่าย 25 คนสำหรับการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม การสะท้อนกลับและเลือกปฏิบัติ การดำเนินการและประเมินผล และการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ การค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง การจัดทำแผนงานแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การเสริมสร้างความรอบรู้แก่ชุมชน การรณรงค์ป้องกัน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการสร้างระบบการสื่อสาร/ติดตามประเมินผล หลังใช้รูปแบบ พบว่าความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลง (HI=1.74, CI=4.26)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, การมีส่วนร่วม

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop a dengue fever prevention and control model through community participation at Ban Tha Mueang Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District. Data were collected through contextual analysis formsfocus group discussion guidelines, questionnaires, and larval indices assessment forms from sample groups: 20 stakeholders for model development and 25 community members and network partners for evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired Samples T-test, and content analysis.

The results showed that the model development process consisted of systematic experience management, participatory analysis, reflective practice selection, implementation and evaluation, and systematic learning. The developed model comprised 7 activities: risk factor identification and assessment, participatory planning, network capacity building, community health literacy promotion, prevention campaigns, network participation promotion, and communication/monitoring system development. After implementing the model, knowledge, participation, and preventive behaviors significantly improved (P<0.001), and larval indices decreased (HI=1.74, CI=4.26).

keywords: The Development of Model, Prevention and Control of Dengue Fever ,Community Participation Model

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง จ.อุบลราชธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี, จ.อุบลราชธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: maneerat_ji@yahoo.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นโรคที่มีหลากหลายชนิด มีความรุนแรงทำให้เสียชีวิต เป็นโรคติดต่อจากยุงลายสู่คนเกิดจากเชื้อไวรัส 4 สายพันธ์ทำให้ติดเชื้อสายพันธ์อื่นได้ ไม่มียารักษาเฉพาะเจาะจงจะรักษาตามอาการและประเทศไทยเป็นพื้นที่เขตร้อนชื้นจะเหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ของยุงลาย ทำให้เพิ่มพาหะของเชื้อโรคมากขึ้น นอกจากนี้ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 400 ล้านคนต่อปี และมีอัตราการตาย 22,000 คน[1] ซึ่งการเสียชีวิตขึ้นกับความรุนแรงของเชื้อไวรัส อายุ และภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้พยาบาลและสาธารณสุขจึงต้องบูรณาการร่วมมือป้องกันและควบคุมโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยพบต่อเนื่องและทำให้สูญเสียชีวิต ดังรายงานจากกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ.2566 (ข้อมูล ณ 1 มกราคม 2566 -14 มิถุนายน 2566) จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค พบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำสัปดาห์การระบาดที่ 23 พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 21,457 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 32.42 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต จำนวน 19 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 0.09 โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วย พ.ศ.2566 มากกว่า พ.ศ.2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 3.3 เท่า [2] ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาด คือ มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน และการเคลื่อนย้ายของประชากรส่งผลให้นำเชื้อเข้ามาในพื้นที่[3] สิ่งนี้สะท้อนให้ต้องควบคุมและทำลายแหล่งเพาะพันธ์ลูกน้ำยุงลายร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อม และหากให้ชุมชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาจะส่งผลให้การควบคุมโรคสำเร็จเพราะเป็นปัญหาของชุมชนทุกคนจะมีความตระหนักช่วยกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน[4] และช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น[5] จะเห็นได้ว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากวิชาชีพพยาบาลและสาธารณสุขโดยใช้กลยุทธ์ในการระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ

นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเกิดจากปัจจัยหลายชนิดร่วมกัน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะขึ้นกับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์การป้องกันโรค[6] ความรู้เกี่ยวกับโรคและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน[7] รวมทั้งการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางจะช่วยลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายและอัตราป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา "การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี" โดยบูรณาการแนวคิดทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและสาธารณสุข เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ระหว่างวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ถึง 29พฤศจิกายน 2567 ดำเนินการวิจัยเป็น 5 ระยะ คือ 1) การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ 2) การวิเคราะห์โดยการมีส่วนร่วม และการจัดการแก้ปัญหา 3) การสะท้อนกลับและการเลือกปฏิบัติ 4) การดำเนินการและการประเมินผลการปฏิบัติการ 5) การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชนและภาคีเครือข่ายในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.กลุ่มตัวอย่างสำหรับการพัฒนารูปแบบรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ตัวแทนจากชุมชนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายก อบต. และสมาชิก อบต.) ครูอนามัยโรงเรียน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีเกณฑ์การคัดเข้า มีประสบการณ์หรือความรู้เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาไข้เลือดออก/ภาวะสุขภาพในชุมชน หรือมีความสนใจที่จะเข้ามาแก้ไขปัญหาในชุมชน และยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ขอถอนตัวออกจากการวิจัย และเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

2.กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ประชาชนหรือภาคีเครือข่าย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยอำนาจการทดสอบ (Power of test) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยเลือก statistical test เป็น Difference between two dependent means (Matched pairs) ขนาดอิทธิพล (Effect size) อ้างอิงจากงานวิจัยของดาวเวียงคำและคณะ (2560)[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อความรู้ของแกนนำชุมชน พบ เท่ากับ 0.71 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างรวมเป็น 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ มีเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือย้ายถิ่นฐานระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบวิเคราะห์บริบทโดยใช้ประเมินลักษณะทางนิเวศวิทยาและภาวะเสี่ยงทั้งด้านกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ บริบทชุมชน ลักษณะทางนิเวศวิทยาและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

2. แนวคำถามการสนทนาแบบมีส่วนร่วม เป็นคำถามปลายเปิด 2 ประเด็น คือ สภาพปัญหาและสาเหตุการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนเป็นอย่างไร และรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนควรเป็นอย่างไร โดยใช้

เทคนิคการสนทนาแบบมีโครงสร้างเชิงประสบการณ์

3. แบบสอบถามวัดความรู้ การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ความรู้โรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ) แบ่งระดับความรู้ คือ สูง (≥70%, ≥14 ข้อ) ปานกลาง (50-69%, 10-13 ข้อ) และต่ำ (<50%, <10 ข้อ) ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไข้เลือดออก จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดการมีส่วนร่วม 5 ด้าน คือ การค้นหาปัญหา การตัดสินใจและวางแผน การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ จากน้อยที่สุด (1.00-1.50) ถึงมากที่สุด (4.51-5.00) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ) ข้อความทางบวกให้คะแนน 3, 2, 1 ข้อความทางลบให้คะแนน 1, 2, 3 ตามลำดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก (2.33-3.00) ปานกลาง (1.67-2.32) และน้อย (1.00-1.66) และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิด

4. แบบประเมินค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย ใช้ประเมินค่า House Index (HI) และ Container Index (CI) ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมควบคุมโรค โดย HI คือร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำ และ CI คือร้อยละของภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำ

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือส่วนที่ 1-3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข 2 ท่าน (เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน และการควบคุมโรค 1 ท่าน) และพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .67-1.0 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับประชาชน และภาคีเครือข่าย ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงบัง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน พบว่า แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีค่า KR 20 เท่ากับ .74 ส่วนแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคไข้เลือดออกในชุมชนและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากเท่ากับ .86 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ เช่น หลังจากโครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินโครงการวิจัยและขออนุญาตดำเนินงาน จัดประชุมสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 20 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาเอกสารข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับสภาพปัญหาและแนวทางดำเนินงานที่ผ่านมา และจัดทำแผนที่ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อระบุพื้นที่เสี่ยง

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์โดยการมีส่วนร่วมและการจัดการแก้ปัญหา โดยจัดประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 กับผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มเดิม โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มานำเสนอ และใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีโครงสร้างเชิงประสบการณ์ เพื่อให้กลุ่มวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการดำเนินงาน ปัญหา/สาเหตุและทฤษฎี ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึกและบันทึกเสียง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาร่างรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 การสะท้อนกลับและการเลือกปฏิบัติ ผู้วิจัยจัดประชุมสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 เพื่อนำเสนอร่างรูปแบบและแผนปฏิบัติการ เปิดโอกาส

ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักพิจารณาทางเลือกของปฏิบัติการและระบุกิจกรรมที่เหมาะสม มีการสะท้อนกลับและปรับปรุงรูปแบบ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลและสรุปรูปแบบและแผนปฏิบัติการที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม

ระยะที่ 4 การดำเนินการและการประเมินผลการปฏิบัติการ ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อการประเมินผล 25 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พร้อมทั้งประเมินค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ได้แก่ การสร้างเครือข่าย การฝึกอบรมให้ความรู้ และการรณรงค์ป้องกันโรค หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม 3 เดือน เก็บข้อมูลหลังการดำเนินการ (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามและการประเมินค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายชุดเดิม

ระยะที่ 5 การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจัดเวทีถอดบทเรียนกับผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มเดิม นำเสนอผลการดำเนินงานและการประเมินผล เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมกัน ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึก บันทึกเสียง และถ่ายภาพกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบใช้ Paired Samples T-test และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้วิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยตรวจสอบสามเส้า

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-186.1 รับรอง 30 พฤศจิกายน 2566-29 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา ผลการวิจัยแบ่งการนำเสอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตอนที่1 บริบทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด จำนวน 6,361 คน จาก 1,737 หลังคาเรือน เป็นชุมชนชนบทที่มีพื้นที่ราบลุ่ม ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง การระบาดของโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2561-2566 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 21 ราย ปัญหาสำคัญที่สุดคือขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากชุมชน

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อนำปัญหาไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ระยะตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พบประเด็นปัญหาสำคัญ 5 ด้าน คือ 1) บริบท/ภาวะเสี่ยงมีพื้นที่รกร้างและมีภาชนะเก็บกักน้ำยังพบลูกน้ำยุงลาย 2) นโยบาย/แนวปฏิบัติมีมาตรการทางสังคมไม่ชัดเจน 3) ผู้ปฏิบัติมีภาระงานและความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ 4) งบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์มีไม่เพียงพอและ 5) ประชาชนในชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมน้อย

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีเพศชาย (ร้อยละ 48.00) และเพศหญิง (ร้อยละ

52.00) อายุเฉลี่ย 45 ปี (*SD* =7.42) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.00) การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 44.00) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 52.00) และรายได้เฉลี่ย 9,556 บาทต่อเดือน (*SD* = 10,851.17)

3.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม เมื่อจำแนกตามระดับความรู้พบว่ากลุ่มที่มีความรู้สูงจะมีคะแนนความรู้โรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลางมีคะแนนความรู้โรคไข้เลือดออกลดลง เมื่อพิจารณาในรายประเด็น พบว่าหลังพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นเด่นชัดร้อยละ 36 โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นได้ทุกฤดูกาลที่พบการป่วยมากและมีการระบาดคือฤดูหนาว และเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดร้อยละ 8 คือ ผู้ที่มีอาการไข้หนาวสั่น จับไข้เป็นบางเวลาเป็นอาการของโรคไข้เลือดออกและการควบคุมการแพร่พันธุ์ของยุงลายโดยการกำจัดลูกน้ำเป็นวิธีที่ได้ผลดีกว่าใช้วิธีการพ่นสารเคมี อย่างไรก็ตามมีประเด็นความรู้ที่มีคะแนนต่ำกว่าประเด็นอื่นแม้จะมีการเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้ว และกลับมาเป็นซ้ำอีก จะมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าครั้งแรก การใส่ทรายอะเบทในภาชนะกักเก็บน้ำ ช่วยฆ่าลูกน้ำยุงที่นำเชื้อโรคไข้เลือดออก ผู้ที่หายจากการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้วจะยังคงมีเชื้อโรคในกระแสเลือดหลังการพัฒนารูปแบบ โดยรวมกล่าวได้ว่ารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนี้ส่งผลให้มีความรู้เพิ่มขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะด้านโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นได้ทุกฤดูกาลที่พบการป่วยมากและมีการระบาดคือฤดูหนาว

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย paired samples *t*-test พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ (M = 15.28, SD = 1.88) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (M = 10.24, SD = 1.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(24) = 12.67$, $p < .001$, 95% CI [4.22, 5.86]

3.3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ผลประเมินภาพรวมก่อนและหลังใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับมาก (M = 3.76, SD = 0.41และ M = 4.33, SD = 0.26ตามลำดับ) พบว่าหลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าก่อนใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (M = 4.02, SD = 0.13) และต่ำสุดคือการวางแผนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (M = 3.37, SD = 0.29) หลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (M = 4.39, SD = 0.42) และต่ำสุดคือการวางแผนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (M = 4.27, SD = 0.45)
การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจพบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนหลังการใช้รูปแบบ โดยก่อนการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.37, SD = 0.29) และหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (M = 4.27, SD = 0.45) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.20 เป็น 3.80 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทในการร่วมตัดสินใจมากขึ้น

การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพบว่า ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.92 (SD = 1.47) เป็น 4.39 (SD = 0.42) โดยหลังการใช้รูปแบบมีประเด็นที่เพิ่มเป็นระดับมากที่สุดสองประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดบ้านให้สะอาดปลอดโปร่งไม่ให้เป็นที่หลบซ่อนของยุง (M = 4.60, SD =0.65) และการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่จัดขึ้นในหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ (M = 4.56, SD

=0.71) การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักและลงมือปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคอย่างจริงจังมากขึ้น

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์พบว่าก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.02, SD = 0.13 และ M = 4.37, SD = 0.27ตามลำดับ) หลังใช้มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประเด็นที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (M = 4.60, SD = 0.82) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่มีประสิทธิภาพและประชาชนตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น

การมีส่วนร่วมในการประเมินผลพบว่า ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.91 (SD = 0.33) เป็น 4.00 (SD = 0.47) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสำรวจลูกน้ำในครัวเรือนเป็นประจำทุกสัปดาห์ และการมีส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในชุมชนของตนเองมากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ด้วย paired samples t-test พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ (M = 4.33, SD = 0.26) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (M = 3.76, SD = 0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(24) = 7.06$, $p < .001$, 95% CI [0.40, 0.73]

3.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการวิเคราะห์ด้วย paired samples t-test พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังใช้รูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 4 เมื่อจำแนกตามประเด็นที่เปลี่ยนแปลงชัดเจน ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุง และการป้องกันตนเองและคนในครอบครัวไม่ให้ยุงกัด พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.28 เป็น 2.92 และ 2.80 ตามลำดับ ส่วนผลการวิเคราะห์ด้วย paired samples t-test พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ (M = 2.83, SD = 0.09) ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (M = 2.55, SD = 0.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(24) = 5.83$, $p < .001$, 95% CI [0.18, 0.38]

3.5 ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการศึกษาพบว่าค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในบ้าน (House Index [HI]) ลดลงมากจากร้อยละ 20.57 เป็น 1.74 โดยจำนวนบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายลดลงจาก 36 หลังคาเรือนเหลือ 3 หลังคาเรือนจากจำนวนที่สำรวจ 175 หลังคาเรือน ขณะเดียวกันค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะ (Container Index [CI]) ลดลงมากจากร้อยละ 23.38 เป็น 4.26 โดยจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายลดลงจาก 58 ชิ้น เหลือเพียง 11 ชิ้น จากภาชนะที่สำรวจประมาณ 250 ชิ้น การลดลงของค่าดัชนีทั้งสองนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก

ตอนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี สรุปเป็นแนวคิด "*THA MUAENG*" ซึ่งเป็นชื่อของพื้นที่วิจัยที่สะท้อนการทำงานแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพมีดังนี้

T - Team (การทำงานเป็นทีม): ความสำเร็จเกิดจากการร่วมแรงร่วมใจของทุกภาค

ส่วน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า "*บทบาทหน้าที่กะสิช่วยดูแลพี่น้องประชาชนเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ช่วยเหลือลงประชาสัมพันธ์ช่วยกัน รงณรงค์*"(FCT-9)

H - Habitual (การทำจนเป็นนิสัย): การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องทำสม่ำเสมอจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชุมชน ตามที่ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำ "*การป้องกันไข้เลือดออกจะให้ได้ผลดีคือ ต้องเฮ็ดจริงจรัง ต่อเนื่อง เฮ็ดช่วยกัน เป็นทีมเฮ็ดคนเดียวบ่ได้*" (FCT-1)

A - Activity (กิจกรรมที่ชัดเจน): ต้องมีการกำหนดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน ให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า "*หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องมีกิจกรรมพาชาวบ้านทำให้ชัดเจน กระตุ้นเป็นระยะ เวียกหลายนำกันกะลืมได้*" "(FCT-9)

M - Management (การจัดการที่มีประสิทธิภาพ): ต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และสิ่งสนับสนุนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า "*ตอนนี้มีเครื่องพ่นอยู่สองเครื่องครับ เราซื้อใหม่ 1 เครื่อง*" (FCT-9) และ "*แต่ถ้าพ่นโดนมันจะร้อนมันต้องพักยามพ่นเหลือเครื่องเดียว มันตาย ระบบมันร้อนแล้วก็มันชำรุดได้ง่าย*" (FCT-6)

U - Unity (ความเป็นเอกภาพ): การทำงานประสานกันเป็นหนึ่งเดียวและเกิดจากความสามัคคีของคนในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า "*ชาวบ้านเอง คนในชุมชนเอง ก็ต้องสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน*"" *(FCT-2)* และ "*ผู้ใหญ่บ้านกะเอาผู้ช่วยลงไปนำเวลาพ่นกะเป็นคนพ่น เพิ่นได้รับการอบรม คือ รพ สต มีการอบรม*" "(FCT-2)

E - Education (การเรียนรู้ร่วมกัน): การพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยและทันต่อสถานการณ์โรคให้กับชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังคำกล่าวที่ว่า *"คืออยู่บ้านดิฉันเนาะ ยามแลงเพิ่นกะสิบ่เติมน้ำ สิบ่มีน้ำ เปิดอาบเอา คะเจ้ากะระวังอยู่*" (FCT-7)

A - Activate (การกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง): การสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นเตือนให้ชุมชนปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า *"อสม เฮ็ดดีอยู่บ่เซาเด้ อ่อ นี่ล่ะความสม่ำเสมอต่อเนื่องเนาะ"* (PC-2)

NG - Network (เครือข่ายที่เข้มแข็ง): การสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันโรคที่เข้มแข็งและครอบคลุมทุกภาคส่วน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า "*ควรมีเครือข่ายในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง*" ((FCT-1)" และ "*ถ้ารู้เฮากะจะไป กะประสานกับผู้ใหญ่บ้านเพิ่น อสม.*" (PC-2)

ปัจจัย **"*THA MUAENG*"** เป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็งจะส่งผลต่อการจัดการปัญหาสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มี 5 ระยะ คือ การจัดการประสบการณ์อย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม การสะท้อนกลับและเลือกปฏิบัติ การดำเนินการและประเมินผล และการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการครอบคลุมและเป็นระบบนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกระบวนการและกลยุทธ์ในการพัฒนารูปแบบมีแผนงานและกลยุทธ์ ค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง เสริมสร้างสมรรถนะของบุคคล[3] สร้างเครือข่าย และอบรมภาคีเครือข่าย รวมทั้งจัดทำโครงสร้างการทำงานชัดเจน[10] ทำให้สะท้อนถึงกระบวนการพัฒนาเป็นขั้นตอนส่งผลให้การพัฒนารูปแบบประสบความสำเร็จ

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบสำคัญ คือ การค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยง การจัดทำ

แผนงานแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การเสริมสร้างความรอบรู้แก่ชุมชน การรณรงค์ป้องกัน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการสร้างระบบการสื่อสาร/ติดตามประเมินผล โดยรูปแบบดังกล่าวจะครอบคลุมทั้งการค้นหาปัจจัยเสี่ยง การวางแผน การพัฒนาศักยภาพ และการติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า รูปแบบป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกควรเริ่มจากการค้นหาปัจจัยเสี่ยง การจัดตั้งทีม การจัดการสภาพแวดล้อม[5] และการพัฒนารูปแบบควรมีกิจกรรมที่บูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน[8] ดังนั้นรูปแบบที่มีองค์ประกอบครบถ้วนจะส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างชัดเจน โดย House Index (HI) ลดลงจากร้อยละ 20.57 เป็นร้อยละ 1.74 และ Container Index (CI) ลดลงจากร้อยละ 23.38 เป็นร้อยละ 4.26 จะเห็นได้ว่าหลังใช้รูปแบบการพัฒนาเมื่อจำแนกตามรายด้าน 3 ด้าน พบว่า

ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะประเด็นความรู้ที่สำคัญเช่น การไม่ใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยที่สงสัยไข้เลือดออก และการใส่ทรายอะเบทเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลาย สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์การป้องกันโรค[6] รวมทั้งการมีความรู้เกี่ยวกับโรค[7] ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในด้านการวางแผนและการตัดสินใจ แสดงให้เห็นการเสริมพลังชุมชนเกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนารูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล สะท้อนให้เห็นว่าการให้โอกาสชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาส่งผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรค[4] และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน[10] ซึ่งการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคมากขึ้น

ด้านที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีขึ้นหลังการใช้รูปแบบโดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงและการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด เป็นผลลัพธ์สำคัญที่สะท้อนความสำเร็จของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งการใช้รูปแบบกิจกรรมจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกดีขึ้น[8]และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค[7] โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการลดลงของค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน

ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ค้นพบคือ "THA Mueang" โดยมีการทำงานเป็นทีม ทำจนเป็นนิสัย มีกิจกรรมที่ชัดเจน บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ประสานงานเป็นเอกภาพ กระตุ้นต่อเนื่อง เรียนรู้ร่วมกัน และมีเครือข่ายเฝ้าระวังเข้มแข็ง สิ่งนี้จะนำไปสู่ความสำเร็จการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนเป็นผลจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ใช้พลังชุมชนในการจัดการสภาพแวดล้อม ปรับพฤติกรรม จัดระบบเฝ้าระวังโรค และการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นเอกภาพ เพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งเป็นองค์

ความรู้และกลวิธีที่สำคัญที่นำไปประยุกต์ใช้ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานควรประยุกต์ใช้แนวคิดการใช้หลัก "THA MUEANG" ในการวางแผนโครงการสุขภาพอื่นๆ โดยเน้นการทำงานเป็นทีม การสร้างพฤติกรรมที่เป็นนิสัย และการพัฒนาเครือข่ายที่เข้มแข็ง และนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยคำนึงถึงองค์ประกอบให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชน รวมทั้ง เสริมสร้างความรู้ในประเด็นที่ประชาชนเข้าใจน้อย เช่น อันตรายของการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยไข้เลือดออก และการควบคุมยุงลายที่ถูกวิธี

เอกสารอ้างอิง

1. Pourzangiabadi, M., Najafi, H., Fallah, A., Goudarzi, A., & Pouladi, I. (2025). Dengue virus: Etiology, epidemiology, pathobiology, and developments in diagnosis and control - A comprehensive review. Infection, Genetics and Evolution, 127, 105710. https://doi.org/10.1016/j.meegid.2024.105710
2. กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำสัปดาห์การระบาดที่ 23 พ.ศ. 2566 (ข้อมูล ณ 1 มกราคม 2566–14 มิถุนายน 2566). กระทรวงสาธารณสุข.
3. สุรัตน์ ตันศิริ, ฉัตรชัย ชมพู, และวรพล หนูแก้ว. (2561). สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. บูรพาเวชสาร, 5(1), 1-12.
4. อารี พุ่มประไวทย์. (2562). ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 5(1), 43-52.
5. นอรีนี ตะหวา, ปวิตร ชัยวิสิทธิ์. (2563). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเขตตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. ใน การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10 (หน้า 1612-1627). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
6. ณัฐยา สุนัต, สมคิด จูหว้า, พรนภา หอมสินธุ์, รัชนี สรรเสริญ. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 16(2), 53-67.
7. วิทยา ศรแก้ว. (2563). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(2), 13-26.
8. สฤษดิ์เดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ, มาสริน ศุกลปักษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขต อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3), 517-527.
9. ดาว เวียงคำ, จุฑามาศ ผลมาก, พยาม การดี, ศิริรัตน์ โกศัลย์วัฒน์, นวิยา กันทะมูล, สำเริง พรหมมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของแกนนำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(1), 207-214.
10. ประเสริฐ ไหลหาโคตร. (2559). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 13(3), 43-50.

ผลของสมาธิบำบัดต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต

Effects of Meditation Therapy on Stress and Blood Pressure in Non-Dialysis End Stage Renal Disease Patients.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

สุมณฑา คำประชม[1] อาริยา สอนบุญ[2]
Sumonta Kamprachom[1], Ariya sornboon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสมาธิบำบัดต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงมกราคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=37) และกลุ่มควบคุม (n=40) กลุ่มทดลองได้รับการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และ 3 เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ เครื่องมือประกอบด้วยแผนการสอนสมาธิบำบัด แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิบำบัด และแบบบันทึกความดันโลหิต เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความเครียด (SPST-20) หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ Cronbach เท่ากับ 0.86) และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลง และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิคลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการฝึก และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: สมาธิบำบัด SKT, ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, ความเครียด, ระดับความดันโลหิต

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of meditation therapy on stress and blood pressure in patients with end-stage renal disease who were not receiving renal replacement therapy. The study was conducted from February 2024 to January 2025. The sample consisted of 77 patients, divided into an experimental group (n=37) and a control group (n=40). The experimental group practiced SKT meditation therapy positions 1 and 3 for 8 weeks, while the control group received standard care. Research instruments included a meditation therapy teaching plan, a meditation practice record form, and a blood pressure record form. Data collection tools included: 1) the Suanprung Stress Test (SPST-20) with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.86, and 2) a personal information record form. Data were analyzed using descriptive statistics, the Paired t-test, and the Independent t-test.

The results showed that after 8 weeks of practicing SKT meditation therapy positions 1 and 3, the experimental group had a significantly lower mean overall stress score compared to before the intervention, and a significantly lower mean stress score than the control group ($p < .05$). Additionally, the experimental group showed a significant decrease in both systolic and diastolic blood pressure compared to before the intervention. The experimental group also had a significantly lower mean systolic blood pressure than the control group ($p < .05$)

Keywords: SKT meditation, end-stage renal disease patients, stress, blood pressure level

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

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

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมทั้งในประเทศไทย โดยพบว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 850 ล้านคนในปี 2021[1] และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 1.2 ล้านคนต่อปี[2] สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 8 ล้านคน และพบผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร้อยละ 5.9[3] สาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 42.30) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.50)[4] และสาเหตุอื่นๆ เช่น พยาธิสภาพที่เนื้อเยื่อหรือหลอดเลือดของไต การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และผลกระทบจากยาหรือสารที่มีผลต่อไต[5]

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แนวทางการรักษาหลัก คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการบำบัดทดแทนไต จะมีการพิจารณาแนวทางการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยมีเป้าหมาย คือ การคงสภาพไตส่วนที่เหลือให้สามารถทำงานได้ รวมทั้งการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต[6] ผลกระทบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ด้านร่างกาย มีภาวะความดันโลหิตสูง (ความชุกถึงร้อยละ 85-95) หัวใจล้มเหลว กระดูกเสื่อม และระบบภูมิคุ้มกันต่ำ[7] ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ด้านจิตใจและสังคม พบว่าทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและการรักษา ด้านเศรษฐกิจและสังคม ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไตสูงกว่าค่าใช้จ่ายการรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ความสามารถในการหารายได้ลดลง และเป็นภาระของครอบครัว[8]

ปัจจัยที่ส่งผลให้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเสื่อมเร็วขึ้นมีปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งจากศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไต คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย <130/80 mmHg โดย 1) การควบคุมความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การใช้ยาที่เหมาะสมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเลิกบุหรี่ 2) การจัดการความเครียด[9] เช่น การทำสมาธิและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ รวมถึงการใช้เทคนิคจัดการความเครียดแบบผสมผสาน พบว่าสามารถลดระดับความเครียดได้ร้อยละ 25-30 และช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นในผู้ป่วยไตเรื้อรัง[10]

สมาธิบำบัด (SKT) เป็นนวัตกรรมทางการแพทย์แผนผสมผสาน ใช้เทคนิคการปฏิบัติสมาธิที่พัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี เป็นการผสมผสานความรู้ด้านสมาธิ โยคะ ชี่กง และการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด หลักการสำคัญคือการปรับการทำงานของร่างกายทั้งระบบให้เข้าสู่ภาวะสมดุล มีทั้งหมด 8 เทคนิค มีกลไกการทำงานที่ส่งผลต่อเส้นประสาทสมองคู่ต่าง ๆ ได้แก่ คู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 และปรับการทำงานของบาโรรีเฟล็กซ์ รีเซพเตอร์ ช่วยควบคุมความดันโลหิต ระบบประสาทอัตโนมัติ ช่วยสร้างสมดุลระหว่าง sympathetic และ parasympathetic nervous system และระบบฮอร์โมน ช่วยลดฮอร์โมนคอร์ติซอลล์ ทำให้ความเครียดลดลง และเพิ่มการผลิตสารสื่อประสาทที่มีประโยชน์[11] ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือหลอดเลือดขยายตัว อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจและความดันโลหิตลดลง ผ่อนคลายและสดชื่น อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ

โรงพยาบาลน้ำพอง เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง จากการศึกษาสถานการณ์ข้อมูลเบื้องต้น พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากปี พ.ศ. 2563 – 2565 จำนวน 1,439 เป็น 1,600 และ 1,717 คน คิดเป็นร้อยละ จาก 1.20 เป็น 2.18 และ 2.36 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 155, 146 และ 134 คน (ร้อยละ10.84, 9.13 และ 7.86 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดตามลำดับ) ในจำนวนนี้ปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตจำนวน 95 เป็น 101 และ 110 คน ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 61.29, 69.18 และ 82.08 ตามลำดับ)[12] จากข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 10 ราย พบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ 1) สาเหตุหลักที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต คือ ความกลัวและความวิตกกังวลต่อการรักษา ภาระทางครอบครัวและเศรษฐกิจ และการยอมรับในความเป็นจริงของโรค 2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตระดับสูงและภาวะเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงแม้ว่าผู้ป่วยพยายามจัดการความเครียดด้วยตนเองแต่ยังไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมโรค ประกอบกับแนวทางหรือรูปแบบกิจกรรมในการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ของหน่วยงานยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงสนใจศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความเครียดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต โดยนำแนวคิดสมาธิบำบัด SKT มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ปฏิบัติง่าย สามารถปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ไม่มีค่าใช้จ่าย เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และเป็นการเปิดทางเลือกใหม่ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต ซึ่งจะช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังปฏิบัติสมาธิบำบัด ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังปฏิบัติสมาธิบำบัด ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the two-group, pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลของสมาธิบำบัดต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยเลือกการดูแลแบบไม่บำบัดทดแทนไต ที่เข้าการรักษาในโรงพยาบาลน้ำพอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับคำแนะนำการบำบัดทดแทนจากคลินิกไตเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยเลือกเข้ารับการรักษาแบบไม่บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลน้ำพอง

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม. 3) ปฏิเสธการฟอกไตเป็นลายลักษณ์อักษร 4) ไม่มีอาการร่วมที่อาจเป็นอันตรายขณะ

ทดลอง 5) ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ผ่านการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ในกรณีผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 3 2) ปฏิบัติสมาธิบำบัดเป็นกิจวัตร 3) เสียชีวิตหรือมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 4) เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างวิจัย 5) ถูกส่งตัวไปรักษาที่อื่น หรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับอำนาจการทดสอบเท่ากับ 95% และขนาดอิทธิพลของประชากรระดับมาก (Large effect size) คือ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนต่อกลุ่ม และเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการสอนสมาธิบำบัด พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงมาจากแนวปฏิบัติสมาธิบำบัดของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี และแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เนื้อหาประกอบด้วยการสอนปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และ 3 ประโยชน์ และการสาธิตการปฏิบัติสมาธิบำบัด

1.2 คู่มือการฝึกสมาธิบำบัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย วิธีการฝึกสมาธิบำบัด แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิบำบัด และแบบบันทึกความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) 20 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) จำนวน 20 ข้อ

2.2 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ ยี่ห้อ BIOLIGHT รุ่น WBP302 ซึ่งผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา แผนการสอน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และคู่มือการฝึกสมาธิบำบัด ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่น แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเมิน MMSE-Thai วัดความดันโลหิต และตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความเครียดสวนปรุง ให้การพยาบาลตามปกติ และนัดหมายสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินความเครียด วัดความดันโลหิต และให้ความรู้เรื่องสมาธิบำบัด SKT 1, 3 พร้อมมอบคู่มือการฝึกสมาธิบำบัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมในส่วนของการประเมินเบื้องต้น จากนั้นสอนและสาธิตการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 1, 3 ตามแผนการสอน ให้การพยาบาลตามปกติ และนัดหมายสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินความเครียด วัดความดันโลหิต และให้กำลังใจพร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ Chi-Square, Fisher's Exact test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียด และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-Test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด ด้วยสถิติ Paired t-Test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 067-542/2567 ในวันที่ 31 มกราคม 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 37 คน (ในระหว่างดำเนินการวิจัยเปลี่ยนแผนการรักษาบำบัดทางไต 2 คน ย้ายไปต่างจังหวัด 1 คน)

1.ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (75.70%) อายุเฉลี่ย 71.48 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (70%) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มากกว่าครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม (52.50%) เกือบทั้งหมดมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (97.50%) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (95%) และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (97.50%) ข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มควบคุม มีระยะเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน – 1 ปี (47.5%) เกือบทั้งหมดมีโรคร่วม (95.00%) โดยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดพบมากที่สุด (30%)

กลุ่มทดลอง มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (57.50%) ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 73.17 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (83.80%) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มากกว่าครึ่งประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน (62.16%) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (78.38%) เกือบทั้งหมดมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (91.90%) และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (91.90%) ข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน – 1 ปี (48.65%) เกือบทั้งหมดมีโรคร่วม (97.30%) โดยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดพบมากที่สุด (32.43%)

เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ยกเว้นรายได้เฉลี่ยต่อเดือนพบว่ากลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยมากว่ากลุ่มควบคุม 921.60 บาท

เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า การมีโรคร่วมและการวินิจฉัยหลักในการรักษาไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ยกเว้นระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไตมากกว่ากลุ่มทดลอง 6.36 เดือน

2. ความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม ก่อนการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดระดับสูง (87.50%) รองลงมาคือ ระดับรุนแรง (ร้อยละ 12.5) ภายหลังการวิจัยมากกว่าครึ่งมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดระดับสูง (57.5%) รองลงมาคือ ระดับรุนแรง (42.5%)

กลุ่มทดลอง ก่อนปฏิบัติสมาธิบำบัดส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดระดับสูง (86.49%) รองลงมาคือ ระดับรุนแรง (ร้อยละ 13.51) หลังปฏิบัติสมาธิบำบัดพบว่ามากกว่าครึ่งมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด

ลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (57.5%) รองลงมา คือ ระดับสูง (48.65%) และไม่พบระดับรุนแรง

3. ความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม ก่อนวิจัยครึ่งหนึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับความความดันโลหิตซิสโตลิคสูงระดับ 1 (ร้อยละ 50) หลังวิจัยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิคระดับสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 35) ก่อนวิจัยมากกว่าครึ่งมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคระดับเหมาะสม (ร้อยละ 70) หลังวิจัยเกือบทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิคระดับเหมาะสม (ร้อยละ 92.50)

กลุ่มทดลอง ก่อนวิจัยครึ่งหนึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิคสูงระดับ 1 (ร้อยละ 50) หลังปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิคระดับสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 37.84) ก่อนวิจัยมากกว่าครึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคระดับเหมาะสม (ร้อยละ 67.57) และหลังปฏิบัติเกือบทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคระดับเหมาะสม (ร้อยละ 91.89)

4. เปรียบเทียบความเครียดและความดันโลหิตก่อน-หลังปฏิบัติสมาธิบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1 การเปรียบเทียบความเครียดก่อน-หลังปฏิบัติสมาธิบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 56.75 คะแนน (SD = 7.97)

กลุ่มทดลอง หลังปฏิบัติสมาธิบำบัดมีค่าเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลง 40.57 คะแนน (SD = 4.77) ลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดก่อน-หลังปฏิบัติสมาธิบำบัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =77)

คะแนนความเครียด	ก่อน		หลัง		ค่าสถิติ	*P*-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม	54.48	6.42	56.75	7.97	2.49	.017*
กลุ่มทดลอง	54.14	5.87	40.57	4.77	18.65	<.001**

*$p < .05$, **$p < .001$

4.2 การเปรียบเทียบความดันโลหิตก่อนและหลังปฏิบัติสมาธิบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิคเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ < .001 โดยหลังการทดลองระดับความดันโลหิตซิสโตลิคเฉลี่ยโดยรวม 130.86 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.18) อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ

เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคเฉลี่ยโดยรวม 69.81 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.50) ยังคงอยู่ในระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิค และความดันไดแอสโตลิค ภายในกลุ่มควบคุม

ความดันโลหิต	ก่อน		หลัง		T-test	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม (n=40)						
SBP	141.0	12.23	131.38	11.18	4.71	.000*
DBP	73.27	7.75	69.93	5.90	2.31	.026*

*p < .05, **p < .001

เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิคเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ < .001 โดยหลังการทดลองระดับความดันโลหิตซิสโตลิคเฉลี่ยโดยรวมลดลง 130.86 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.18) อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ

ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยพบว่าหลังการทดลองระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคเฉลี่ยโดยรวมลดลง 69.81 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.50) ยังคงอยู่ในระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิค และความดันไดแอสโต ภายในกลุ่มทดลอง

ความดันโลหิต		ก่อน		หลัง		T-test	P-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=37)							
SBP		142.16	10.21	130.86	11.18	6.47	.000**
DBP		74.00	7.45	69.81	5.50	3.03	.005*

*p < .05, **p < .001

5. การเปรียบเทียบความเครียดและความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.1 การเปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 40.57 มิลลิเมตรปรอท (SD = 4.77 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n =77)

ค่าเฉลี่ยความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 40)		กลุ่มทดลอง (n = 37)		T-test	*P*-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	54.48	6.42	54.14	5.87	0.24	.800
หลังทดลอง	56.75	7.97	40.57	4.77	0.81	.000*

*p <0.05 **p < .001

5.2 การเปรียบเทียบความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความดันโลหิตซีสโตลิคเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิคเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิค (Systolic blood pressure: SBP) และความดันไดแอสโตลิค (Diastolic blood pressure: DBP) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	**กลุ่มควบคุม (n= 40)**		**กลุ่มทดลอง (n = 37)**		**T-test**	**P-value**
	$\bar{x}$	**S.D.**	$\bar{x}$	**S.D.**		
ความดันโลหิตซิสโตลิค						
ก่อน	141.0	12.23	142.16	10.21	-.267	.792
หลัง	131.38	11.18	130.86	11.18	.200	.842
ความดันโลหิตไดแอสโตลิคโตลิค						
ก่อน	73.20	7.84	74	7.45	-.459	.648
หลัง	69.92	5.90	69.81	5.50	.088	.930

*p < .05, **p < .001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 คือ ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังปฏิบัติสมาธิบำบัดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไตแตกต่างกัน และสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 ในส่วนของความเครียด คือ ค่าเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังปฏิบัติสมาธิบำบัดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไตแตกต่างกัน แต่ไม่สนับสนุนในส่วนของระดับความดันโลหิต อภิปรายได้ดังนี้

การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากกลไกของสมาธิบำบัด SKT ที่ส่งผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทที่ช่วยลดความเครียดสร้างความผ่อนคลาย เช่น GABA, Serotonin และ Dopamine รวมถึงลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา สีผึ้ง[13] พบว่าการฝึกสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 ในผู้สูงอายุสามารถลดความเครียดได้ และอาภรณ์ สิงห์ชาดา และคณะ[14] พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด

การลดลงของความดันโลหิตในกลุ่มทดลองหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด อาจเป็นผลมาจากการที่สมาธิบำบัด SKT ช่วยควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ ปรับการรับรู้ของเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง และการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก ซึ่งส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว การเต้นของหัวใจช้าลง และความดันโลหิตลดลง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของจมาภรณ์ ใจภักดี และคณะ[15] และณัฐธิดา พระสว่าง[16] ที่พบว่าการฝึกสมาธิและเทคนิคการผ่อนคลายช่วยลดความดันโลหิตได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิคไม่แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะแสดงให้เห็นการลดลงของความดันโลหิตเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองก็ตาม อาจเป็นเพราะปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความดันโลหิต เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยา หรือระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของธีร์พิชชา โกสุม[17] ที่พบว่าการใช้สมาธิบำบัด SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเค็มส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และ 3 มีผลช่วยลดระดับความเครียดและความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไตที่ปฏิบัติสมาธิบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลในการลดความเครียดนั้นเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิบำบัด ซึ่งการลดความเครียดและความดันโลหิตจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสุขภาพของประเทศ เป็นอีกทางเลือกในการนำมาใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยควรพิจารณานำสมาธิบำบัด SKT ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อลดความเครียดและควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. ด้านการทำวิจัย ควรเพิ่มระยะเวลาการทดลองให้นานขึ้น และศึกษาผลของสมาธิบำบัดร่วมกับการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความดันโลหิต เช่น การควบคุมอาหารและยาอย่างเข้มงวด เพื่อให้เห็นผลกระทบของสมาธิบำบัดต่อความดันโลหิตได้ชัดเจนยิ่งขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. 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
2. Carney, EF. (2020). The impact of chronic kidney disease on global health. Nature Reviews Nephrology, 16(5), 251.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและแบบการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
5. อติพร อิงค์สาธิต. (2561). วิทยาการระบาดของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์ พับลิเคชั่น.
6. Lisa Gemmell, Robert Docking, Euan Black. (2017). Renal replacement therapy in critical care, British Journal of Anaesthesia Education, 17(3), 88-93.
7. National Kidney Foundation. (2017). Acute kidney injury. [Internet]. [cite 2023 March 22]. Available from https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(17)30142-7/fulltext
8. จตุพร จันทะพฤกษ์. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(3), 69-79.
9. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. (2021). Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2021 Mar;99 (3S):S1-S87. doi: 10.1016/j.kint.2020.11.003.

10. Schrauben SJ, Hsu JY, Amaral S, Anderson AH, Feldman HI, Dember LM. (2021). Effect of Kidney Function on Relationships between Lifestyle Behaviors and Mortality or Cardiovascular Outcomes: A Pooled Cohort Analysis. Journal of the American Society of Nephrology, 32(3), 663-675.
11. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2567). สร้างเสริมคุณภาพชีวิต และเยียวยาสุขภาพ ด้วยสมาธิบำบัด SKT ๑-๘ สำหรับผู้บกพร่องทางการได้ยินฉบับภาษามือ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. งานจัดการสารสนเทศโรงพยาบาลน้ำพอง. (2566, มีนาคม 24). สถิติผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์] โรงพยาบาลน้ำพอง.
13. อภิญญา สีผึ้ง. (2564). ผลของการฝึกสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 ในการลดความเครียดในผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาตร์ชะลอวัย และฟื้นฟูสุขภาพ, สำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง).
14. อาภรณ์ สิงห์ชาดา, กุลวดี โรจน์กิจไพศาล และ สมใจ นกดี. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 19(38), 49-60.
15. จมาภรณ์ ใจภักดี, กมล อุดล, ปรารถนา สถิตย์วิภาวี และพนม เกตุมาน. (2557). ผลของการฝึกหายใจแบบลึกร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อระดับความดันโลหิตและความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิต (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
16. ณัฐธิดา พระสว่าง .(2561). ผลของสมาธิบำบัดนั่งผ่อนคลายประสานกายประสานจิตร่วมกับการรักษาแบบเดิมต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1), 33-42.
17. ธีร์พิชชา โกสุม. (2563). ผลของโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเค็มต่อระดับความดันโลหิต โซเดียมและความเครียด ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่).

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

Development of herbal compress products for the elderly in Khlong Nam Sai Subdistrict, Aranyaprathet District, Sa Kaeo Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

พัชราภรณ์ จันทรฆาฎ[1] นภาพร สิงห์นวล[2] สุนทรี จีนธรรม[3] พรนภา เตียสุธิกุล[4]
Patcharaporn Jantarakast[1] Napaporn Singnual[2] Soontaree Cheentam[3] Pornmapa Tiasuthikun[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในการผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรของตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว 2) เพื่อพัฒนาส่งเสริมการผลิตลูกประคบสมุนไพรโดยกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จากกลุ่มผู้สูงอายุจาก 12 หมู่บ้าน รวมจำนวน 25 คน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ด้านกระบวนการผลิตของกลุ่มผู้สูงอายุเตรียมสมุนไพรเพิ่มส่วนผสมผักไชยา และเตรียมผ้าทอลายขาวม้าของกลุ่มสตรีทอผ้าคลองน้ำใส 2) ด้านการออกแบบบรรจุภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพร และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการตลาดออนไลน์ 3) ด้านการจัดทำงบประมาณ อบรมให้ความรู้เรื่องมีการจดบันทึกรายรับและรายจ่ายของกลุ่ม การจัดทำงบการเงินของกลุ่ม

คำสำคัญ : การพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ ลูกประคบสมุนไพร ตำบลคลองน้ำใส

Abstract

This research on the development of herbal compress products for the elderly group in Khlong Nam Sai Subdistrict, Aranyaprathet District, Sa Kaeo Province, with the following objectives: 1) To study the potential of the elderly group in producing and developing herbal compress products in Khlong Nam Sai Subdistrict, Aranyaprathet District, Sa Kaeo Province. 2) To develop and promote the production of herbal compresses by the elderly group to be appropriate and consistent with the context of Khlong Nam Sai Subdistrict, Aranyaprathet District, Sa Kaeo Province. This action research using a workshop process with a group of older adults from 12 villages, comprising 25 participants.

The study results found that 1) in terms of the production process, the elderly group prepared herbs by adding the Chaya spinach vegetable ingredient and prepared the white horse pattern woven cloth of the Khlong Nam Sai women's weaving group. 2) In terms of herbal compress packaging design and promoting online marketing knowledge to older people. 3) In terms of budget preparation, training is provided to equip participants with knowledge on recording the group's income and expenses, as well as preparing the group's financial statements.

Keyword: Elderly group development, herbal compress, Khlong Nam Sai Subdistrict

[1] อาจารย์, วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ e-mail: patcharaporn.jan@vru.ac.th
[2] อาจารย์, วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
[3] อาจารย์, วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
[4] อาจารย์, วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

บทนำ

ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพกายสุขภาพใจ ตลอดจน บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพร ไม่เพียงแต่ช่วยให้เกิดการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างรายได้เสริม แต่ยังเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และสร้างความภาคภูมิใจในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสมุนไพรสู่คนรุ่นใหม่

ตำบลคลองน้ำใสมีจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มติดสังคม 686 กลุ่มติดบ้าน 12 คน และกลุ่มติดเตียง 3 คน รวมทั้งหมด 701 คน[1] นอกจากนี้ ตำบลคลองน้ำใสยังเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายของพืชสมุนไพรในท้องถิ่น โดยเฉพาะผักไชยา ที่มีถิ่นกำเนิดในประเทศเม็กซิโก ทำให้ผักไชยาเป็นที่รู้จักในนาม คะน้าเม็กซิโก (ผักผงชูรส) เป็นที่นิยมในการนำมาประกอบอาหาร ในผักไชยา ประกอบด้วยแคลเซียม ธาตุเหล็ก และสารต้านอนุมูลอิสระ มีสรรพคุณฤทธิ์เย็นช่วยล้างสารพิษ เสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันป้องกันโรคกระดูกพรุน และชะลอวัย[2] อีกทั้งกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำใส มีศักยภาพและความพร้อมในการเรียนรู้และพัฒนา หากได้รับการส่งเสริมด้านองค์ความรู้ เทคโนโลยีการแปรรูป และช่องทางการตลาดอย่างเหมาะสม จะสามารถพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพร สร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ และกลายเป็นจุดเด่นทางวัฒนธรรมของชุมชนได้ในระยะยาว

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว มีจุดมุ่งหมายสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตและยกระดับรายได้ให้กับคนในชุมชนฐานราก ตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรซึ่งเป็นทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ในพื้นที่อย่างอุดมสมบูรณ์ และมีการสืบทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่นมาอย่างยาวนาน ดังนั้นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จึงเป็น แนวทางหนึ่งที่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากและอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในการผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรของตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อพัฒนาส่งเสริมการผลิต ลูกประคบสมุนไพรโดยกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ศักยภาพผู้สูงอายุและความต้องการ โดยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ได้แก่ 1) โดยใช้เครื่องมือดำเนินการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) ของกลุ่มผู้สูงอายุ 2) ผู้เข้าร่วมการอบรมนำผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) มาจัดทำเป็นแผนรูปแบบกิจกรรมในการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ และ 3) คณะผู้วิจัยนำผลการอบรมเชิงปฏิบัติการมาสรุปผลด้วยวิธีการพรรณนาโวหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว” รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีวิธีการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ และปฐมภูมิ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังนี้

1. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) มีวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 นำแผนรูปแบบกิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกระบวนการอบรมผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรและสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้สูงอายุ รวมจำนวน 25 คน

2. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) การรวบรวมข้อมูลจากแหล่ง ทุติยภูมิของการวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่นำมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว” สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 วิเคราะห์ศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาสภาพ แวดล้อมภายในโดยใช้แบบจำลอง PRIMO-F Analysis พบว่า

ด้านบุคลากร (People: P) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำของชุมชน มีความรู้ความสามารถในการทำผลิตภัณฑ์ลูกประคบจากสมุนไพรเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุในกลุ่มมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน แต่ขาดความรู้ ในการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับผลิตภัณฑ์

ด้านทรัพยากร (Resources: R) พบว่า วัสดุที่กลุ่มผู้สูงอายุเลือกการใช้วัสดุอุปกรณ์จากกลุ่มทอผ้าสตรีคลองน้ำใสที่มีลวดลายขาวม้าเป็นผลิตภัณฑ์สินค้า OTOP 4 ดาว ไม่มีการนำใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการผลิต เป็นรูปแบบกระบวนการผลิตแบบง่าย

ด้านนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ (Innovations and Ideas: I) พบว่าวิธีการผลิตสินค้าและบรรจุภัณฑ์ยังเป็นแบบดั้งเดิมด้วยผ้าด้ายดิบ ไม่สามารถเพิ่มมูลค่าให้กับสินค้าได้ และยังขาดความคิดสร้างสรรค์และเอกลักษณ์ในการดำเนินงานและกระบวนการผลิต

ด้านการตลาด (Marketing: M) พบว่า มีช่องทางการจัดจำหน่ายลักษณะงานออกร้านจำหน่ายสินค้าของชุมชน ทุกเดือนใน “งานตลาดนัดโคก หนอง นา จังหวัดสระแก้ว” และ “งานย้อนรอยเล่าขาน 5 ชาติพันธุ์จังหวัดสระแก้ว” แต่มีเพียงปีละ 1 ครั้ง

ด้านการดำเนินงาน (Operations: O) พบว่า การผลิตลูกประคบสมุนไพรยังไม่ผ่านกระบวนการผลิตที่ได้รับรองมาตรฐานจากหน่วยงานราชการและความโดดเด่นเป็นเอกลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ยังต้องพัฒนาต่อไป

ด้านการเงิน (Finance: F) พบว่า ปัญหาที่พบเนื่องจากยังไม่มีการรวมกลุ่มจัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ทำให้ไม่มีการจดบันทึกรายการทางการเงิน ใช้วิธีการลงทุนผลิตและหลังจากที่ขายผลิตภัณฑ์ได้นำเงินหารแบ่งปันกัน

ผลจากการศึกษาสภาพแวดล้อมภายนอกโดยใช้แบบจำลอง PEST Analysis พบว่า

ด้านการเมือง (Politic: P) รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมยกระดับรายได้เศรษฐกิจฐานรากและให้ความสำคัญในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชน โดยทางกลุ่มผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

ด้านเศรษฐกิจ (Economic: E) พบว่า เศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศตกต่ำ หลังการแพร่ระบาดของโรคระบาด COVID 19 ส่งให้เกิดโครงสร้างหนี้สินครัวเรือน ระบบเศรษฐกิจฐานราก และรายได้และกำลังการซื้อลดลง

ด้านสังคม (Social: S) พบว่า การนำพืชสมุนไพรมาทำลูกประคบเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาและเป็นการสืบทอดวัฒนธรรม การนำผ้าทอมือลายผ้าขาวม้ามาใช้ห่อลูกประคบ ซึ่งเป็นที่นิยมของกลุ่มผู้บริโภคที่มีความสนใจเรื่องของภูมิปัญญาและชื่นชอบงานทำมือ (Handmade) แต่สิ่งสำคัญยัง

ขาดช่องทางการตลาดในการประชาสัมพันธ์ให้กับผลิตภัณฑ์

ด้านเทคโนโลยี (Technology: T) พบว่า ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐบาลในด้านการนำเทคโนโลยีเข้ามาผลิต เพื่อส่งเสริมให้เกิดการขอรับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.)

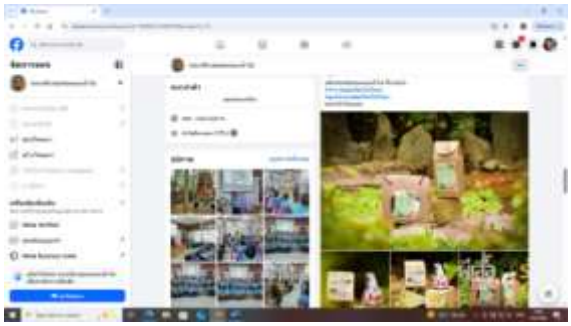
ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในโดยใช้แบบจำลอง PRIMO-F Analysis และการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกโดยใช้แบบจำลอง PEST Analysis แล้วนั้น ส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุได้มองเห็นทิศทางในการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุสนใจการจัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชน และพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ชัดเจนขึ้น ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาส่งเสริมการผลิตลูกประคบสมุนไพรโดยกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว โดยผลการศึกษา พบว่า ด้านการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุให้มีความรู้ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ในชุมชนเป็นลูกประคบสมุนไพร ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการผลิตของกลุ่มผู้สูงอายุเตรียมสมุนไพรในท้องถิ่นหลากหลายชนิดโดยวิธีการหั่นและตากแห้งนำมาเป็นส่วนผสมประกอบด้วย ผักไชยา ไพล ขมิ้น ผิวมะกรูด ตะไคร้ ใบกระดูกไก่ดำ ใบคนทีสอ ใบหนาด ใบเปล้า เกลือเม็ด และเตรียมผ้าด้ายดิบและผ้าลายขาวม้าของกลุ่มสตรี ทอผ้าคลองน้ำใส 2) มีการเชิญวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณทางยาจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้เพิ่มเติมให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ 3) อบรมเชิงปฏิบัติการในการผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพร 4) ออกแบบบรรจุภัณฑ์เพื่อการผลิตและจัดจำหน่าย สำหรับกระบวนการในการผลิตผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรของตำบลคลองน้ำใสยังมีจุดอ่อนสำคัญในด้านสถานที่ผลิตที่ได้มาตรฐานจึงส่งผลให้ยังไม่สามารถเข้าขอมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) ได้

ภาพที่ 1 กิจกรรมอบรมกลุ่มผู้สูงอายุผลิตลูกประคบสมุนไพร
(ที่มา : คณะผู้วิจัย)

ภาพที่ 2 การออกแบบโลโก้และป้ายติดผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพร (ที่มา : คณะผู้วิจัย)

ภาพที่ 3 รูปแบบผลิตภัณฑ์และโลโก้ที่นำมาใช้ (ที่มา : คณะผู้วิจัย)

2) ด้านการส่งเสริมทางการตลาดออนไลน์มีการสร้างเพจเฟสบุ๊ค “ท่องเที่ยวชุมชนคลองน้ำใส” เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการตลาดออนไลน์ (Online) สามารถนำผลิตภัณฑ์เสนอโพสลงบนเพจเพื่อจำหน่าย และการเปิดรับคำสั่งซื้อทางช่องกล่องข้อความ ซึ่งส่งผลให้ทางกลุ่มมียอดติดตามและยอดการสั่งซื้อผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มผู้สูงอายุจะมีรายได้เสริมต่อเดือนเฉลี่ยประมาณคนละ 500-1,000 บาท



ภาพที่ 4 ช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์บนเพจเฟสบุ๊ค (ที่มา : คณะผู้วิจัย)

3) ด้านการจัดทำงบประมาณ อบรมให้ความรู้เรื่องมีการจดบันทึกรายรับและรายจ่ายของกลุ่ม การจัดทำงบการเงินของกลุ่ม ผลจากการอบรมสมาชิกทุกคนในกลุ่มร่วมลงทุนด้วยกันและ โดยมีการหักแบ่งกำไรไว้เป็นกองทุนของกลุ่มร้อยละ 10 และเสนอแนวทางให้จัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชนเพื่อรับการสนับสนุนโครงการงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐบาล

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรกลุ่มผู้สูงอายุตำบล คลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในการผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรของตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า 1) ด้านบุคลากร พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำของชุมชน มีความรู้ความสามารถในการทำผลิตภัณฑ์ลูกประคบจากสมุนไพรเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุในกลุ่มมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน แต่ขาดความรู้ในการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับผลิตภัณฑ์ 2) ด้านทรัพยากร พบว่า วัสดุที่กลุ่มผู้สูงอายุเลือกการใช้วัสดุอุปกรณ์จากกลุ่มทอผ้าสตรีคลองน้ำใสที่มีลวดลายขาวม้าเป็นผลิตภัณฑ์สินค้า OTOP 4 ดาว ไม่มีการนำใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการผลิต เป็นรูปแบบกระบวนการผลิตแบบง่าย 3) ด้านนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ (Innovations and Ideas: I) พบว่า วิธีการผลิตสินค้าและบรรจุภัณฑ์ยังเป็นแบบดั้งเดิมด้วยผ้าด้ายดิบ ไม่สามารถเพิ่มมูลค่าให้กับสินค้าได้ และยังขาดความคิดสร้างสรรค์และเอกลักษณ์ในการดำเนินงานและกระบวนการผลิต 4)พบว่า มีช่องทางการจัดจำหน่ายลักษณะงานออกร้านจำหน่ายสินค้าของชุมชนทุกเดือนใน “งานตลาดนัด โคก หนอง นา จังหวัดสระแก้ว” และ “งานย้อนรอยเล่าขาน 5 ชาติพันธุ์จังหวัดสระแก้ว” แต่มีเพียงปีละ 1 ครั้ง 5) ด้านการดำเนินงาน พบว่า การผลิตลูกประคบสมุนไพรยังไม่ผ่านกระบวนการผลิตที่ได้รับรองมาตรฐานจากหน่วยงานราชการและความโดดเด่นเป็นเอกลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ยังต้องพัฒนาต่อไป 6) ด้านการเงิน พบว่า ปัญหาที่พบเนื่องจากยังไม่มีการรวมกลุ่มจัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ทำให้ไม่มีการจดบันทึกรายการทางการเงิน ใช้วิธีการลงทุนผลิตและ

หลังจากที่ขายผลิตภัณฑ์ได้นำเงิน หารแบ่งปันกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับ กานต์มณี ไวยครุฑ และพัชราภรณ์ จันทรฆาฏ[3] เรื่อง การพัฒนากลุ่มแม่บ้านหมี่กรอบรามัญ ชุมชนบ้านงิ้ว อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษา พบว่า จุดแข็ง 1) มีความรู้ความสามารถในการประกอบอาหาร 2) มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน 3) มีกลุ่มลูกค้าประจำ 4) ช่วงเทศกาลจะมียอดสั่งซื้อจำนวนมาก 5) มีการระดมเงินทุนร่วมกัน 6) มีการจัดการผลประโยชน์ร่วมกัน จุดอ่อน 1) ขาดความรู้ในการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้า 2) วัสดุที่นำมาใช้มีราคาค่อนข้างสูง 3) วิธีการผลิตไม่สามารถเพิ่มมูลค่า 4) ช่องทางการจำหน่ายมีน้อย 5) ขาดการประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่างๆ

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2) เพื่อพัฒนาส่งเสริมการผลิตลูกประคบสมุนไพรโดยกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของตำบลคลองน้ำใส อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการผลิตของกลุ่มผู้สูงอายุเตรียมสมุนไพรในท้องถิ่นหลากหลายชนิดโดยวิธีการหั่นและตากแห้งนำมาเป็นส่วนผสม ประกอบด้วย ผักไชยา ไพล ขมิ้น ผิวมะกรูด ตะไคร้ ใบกระดูกไก่ดำ ใบคนทีสอ ใบหนาด ใบเปล้า เกลือเม็ด และเตรียมผ้าด้ายดิบและผ้าลายขาวม้าของกลุ่มสตรีทอผ้าคลองน้ำใส 2) มีการเชิญวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณทางยาจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้เพิ่มเติมให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ 3) อบรมเชิงปฏิบัติการในการผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพร 4) ออกแบบบรรจุภัณฑ์เพื่อการผลิตและจัดจำหน่าย สำหรับกระบวนการในการผลิตผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรของตำบลคลองน้ำใสยังมีจุดอ่อนสำคัญในด้านสถานที่ผลิตที่ได้มาตรฐานจึงส่งผลให้ยังไม่สามารถเข้าขอมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) ได้ 2) ด้านการส่งเสริมทางการตลาดออนไลน์มีการสร้างเพจเฟสบุ๊ค “ท่องเที่ยวชุมชนคลองน้ำใส” เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการตลาดออนไลน์ (Online) สามารถนำผลิตภัณฑ์เสนอโพสลงบนเพจเพื่อจำหน่าย และการเปิดรับคำสั่งซื้อทางช่องกล่องข้อความ ซึ่งส่งผลให้ทางกลุ่มมียอดติดตามและยอดการสั่งซื้อผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มผู้สูงอายุจะมีรายได้เสริมต่อเดือนเฉลี่ยประมาณคนละ 500-1,000 บาท 3) ด้านการจัดทำงบประมาณ อบรมให้ความรู้เรื่องมีการจดบันทึกรายรับและรายจ่ายของกลุ่ม การจัดทำงบการเงินของกลุ่ม ผลจากการอบรมสมาชิกทุกคนในกลุ่มร่วมลงทุนด้วยกันและ โดยมีการหักแบ่งกำไรไว้เป็นกองทุนของกลุ่มร้อยละ 10 และเสนอแนวทางให้จัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชนเพื่อรับการสนับสนุนโครงการงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับวรรณภา คุ้ยแคะ และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์[4]เรื่อง การส่งเสริมการพัฒนากลุ่มอาชีพของชุมชนอย่างยั่งยืน กรณีศึกษาตำบลทับหมัน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษา พบว่า มี 4 แนวทาง คือ 1) การวิเคราะห์เงื่อนไขของโครงการให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชน 2) การให้ความสำคัญกับการสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจ ทุกเรื่อง 3) การส่งเสริมให้ครัวเรือนเป้าหมายวางแผนการผลิตสินค้า/บริการให้ตรงความต้องการของตลาดและผู้บริโภค และ 4) การเชื่อมโยงการทำงานเพื่อสนับสนุนสัมมาชีพชุมชนในภาพรวม[4]

ข้อเสนอแนะ

1. องค์การบริหารส่วนตำบลคลอง น้ำใสควรที่จะส่งเสริมด้านกระบวนการผลิต ผลิตภัณฑ์เพื่อให้ได้รับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.) เพื่อเปิดโอกาสทางการตลาดให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในลำดับต่อไป

2. ควรมีการส่งเสริมชุมชนให้นำภูมิปัญญาหรือวัฒนธรรมชุมชนสร้างเป็นผลิตภัณฑ์ชุมชนเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับผลิตภัณฑ์ลูกประคบสมุนไพรท้องถิ่นและถือเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานข้อมูลอำเภออรัญประเทศ. [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_village?region=6&prov=Mjc=&provn=4Liq4Lij4Liw4LmB4LiB4LmJ4Lin&ampid=2706&ampn=4Lit4Lij4Lix4LiN4Lib4Lij4Liw4LmA4LiX4Lio&tamid=270604&tamname=4LiE4Lil4Lit4LiH4LiZ4LmJ4Liz4LmD4Liq.
2. Sanook. รู้จัก "ไชยา" ผักปลูกง่าย ประโยชน์เยอะ กินลดเสี่ยงสมองเสื่อม. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ28 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จากhttps://www.sanook. com/ women/251269/.
3. กานต์มณี ไวยครุฑ และพัชราภรณ์ จันทรฆาฏ. การพัฒนากลุ่มแม่บ้านหมี่กรอบรามัญ ชุมชนบ้านงิ้ว อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์. 2565;24(1) (มกราคม – เมษายน).
4. วรรณภา คุ้ยแคะ และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์. การส่งเสริมการพัฒนากลุ่มอาชีพของชุมชนอย่างยั่งยืน กรณีศึกษาตำบลทับหมัน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร . Journal of Roi Kaensarn Academi. 2565;7(7) (กรกฎาคม).

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

The Effects of Self-care Promotion Program for Diabetic Women During Pregnancy Health Promotion Department, That Phanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ปาริชาต ลี้พล[1]
Parichat Leephon[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ชนิด A1 จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย *1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล* ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามความรู้,แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน และแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป,ความรู้,พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง,ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired T-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน 3) ดัชนีชี้วัดสุขภาพ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารตลอดการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ที่ 82.59 mg/dl และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมงตลอดการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ที่ 107.98 mg/dl

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์, การดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์, โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

ABSTRACT

This research was quasi-experimental research.The research design is a pre- and post-experimental measurement design with 1 sample group aimed to study the effect of self-care promotion program for women with gestational diabetes, Health Promotion Unit, That Phanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom Province. A sample group of pregnant women who received prenatal care services at the prenatal clinic, Health Promotion Division, Somdej Phra Yupparat That Phanom Hospital, and were diagnosed with gestational diabetes type A1, totaling 35 people. The research instruments consisted of 1. The instruments used for data collection were a general data recording form, a knowledge questionnaire, a questionnaire on self-care behavior of pregnant women with diabetes, and a satisfaction assessment form. 2. The instruments used in the experiment were self-care promotion program, teaching plan, diabetes nutrition therapy manual for pregnant women, and self-care monitoring record form for gestational diabetes. Data analysis: General information, knowledge, self-care behavior, and satisfaction of the sample group were analyzed using descriptive statistics to find the mean, percentage, and standard deviation. Pre- and post-experimental comparisons were made. Data were analyzed using Pair T-test statistics.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

Results : It was found that 1) the knowledge and self-care behavior scores of the sample group were significantly higher than before the experiment. 2) The satisfaction scores of the sample group were also significantly higher than before the experiment. 3) The health indicators consisted of the average blood sugar level before meals throughout pregnancy of the sample group being 82.59 mg/dl and the average blood sugar level 2 hours after meals throughout pregnancy of the sample group being 107.98 mg/dl.

Keywords : Diabetes, Gestational Diabetes, Self-care in Women with Gestational Diabetes, Self-care Promotion Program in Women with Gestational Diabetes

บทนำ

เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะ แทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบบ่อยในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจากอุบัติการณ์ ในปี ค.ศ. 2015 ของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 20.9 ล้านคน หรือ ร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) และร้อยละ 7.4 เป็นเบาหวานชนิดอื่น เช่น เบาหวานที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ (overt DM)[1] สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นเบาหวานร้อยละ 5-14 ของหญิงที่มา ฝากครรภ์ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล

เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. เบาหวานที่เกิดก่อนการตั้งครรภ์ (Pre-gestational diabetes) ผู้ป่วยเป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ดังนั้น ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและต้องการตั้งครรภ์ ควรได้รับการดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติก่อนการตั้งครรภ์ โดยควรคุมให้ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 6.5% อย่างน้อย 3 เดือน รวมถึงประเมินโรคของหลอดเลือดต่างๆ เช่น ตรวจตา และการทำงานของไตก่อนตั้งครรภ์ 2. เบาหวานที่เกิดระหว่างการตั้งครรภ์ (Gestational diabetes) เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งควรได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาระดับน้ำตาลให้ปกติ เพื่อลดผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งหญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน ควรคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจวัดความทน ต่อกลูโคสดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง (เช่น อ้วน อายุมาก เคยเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน) ควร คัดกรองเบาหวานทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์หากปกติ ให้ตรวจคัดกรองอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ 2) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือ เสี่ยงต่ำทุกราย ต้องได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในระหว่างการตั้งครรภ์ (Gestational diabetes) เมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์[2]

การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การแบ่งชนิดและระดับความรุนแรง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ GDM A1 และ GDM A2 ตามระดับน้ำตาล ในเลือด GDM A1 มีความผิดปกติ ของค่า OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) 2 ใน 3 ค่า ปกติการรักษาโดยใช้การควบคุมอาหาร GDM A2 มีความผิดปกติของค่า OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) 2 ใน 3 ค่าร่วมกับค่าแรก การรักษานอกจากใช้การควบคุมอาหารแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการใช้อินซูลิน (Insulin) ในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย ซึ่งจะส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดยตรง และในหญิงที่มีภาวะ เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ GDM A1 มีความผิดปกติ ของค่า OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) 2 ใน 3 ค่า ปกติการรักษา โดยใช้การควบคุมอาหารแนวทางการดูแลรักษาสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1. การควบคุมอาหาร (Diet control) ในสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควรได้รับการดูแลด้วยการควบคุมอาหารทุกราย หากมีโอกาสผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำการควบคุมอาหารจากนักโภชนาการ โดยคำนวณจากค่าส่วนสูง น้ำหนัก และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ โดยหลักการ

ควบคุมอาหาร อ้างอิงตามพยาธิกำเนิดที่ว่า ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอ ภายหลังการรับประทานอาหาร[2]

การดูแลหญิงที่มีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์มีเป้าหมายสำคัญ คือ การควบคุม ให้ระดับน้ำตาล ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเป้าหมายของการรักษาเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ คือ ควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดา และลูกในครรภ์ เช่น คลอดก่อนกำหนดครรภ์ เป็นพิษ คลอดยาก ทารกในครรภ์มีขนาดตัวใหญ่ รวมถึง ทารกอาจมีระดับน้ำตาลต่ำและเพิ่ม ความเสี่ยงต่อตัวเหลืองหลังคลอด ตลอดจนมีโอกาสเป็นเบาหวานเมื่อโตขึ้น ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานควรคุมระดับน้ำตาล ให้อยู่ใน เกณฑ์ดังนี้ 1. ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร น้อยกว่า 95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2. ระดับน้ำตาลหลังอาหาร 1ชั่วโมง น้อยกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดวิลิต 3. ระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมงน้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และการรักษาโดยการ ใช้ยาฉีดอินซูลิน[3]

การส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแล ตั้งแต่การเริ่มคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระยะการฝากครรภ์ การดูแลในระยะตั้งครรภ์ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อให้มารดา และทารกในครรภ์คลอดออกมาด้วยความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในที่สุด ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เป็นแนวคิดสำคัญ ที่จำเป็นที่ต้องมีการส่งเสริมให้การดูแล หญิงตั้งครรภ์ให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการมี แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และการส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ให้สามารถดูแลตนเอง โดยการจัดระบบการดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ ระบบการดูแลเมื่อพบภาวะเบาหวาน โดยใช้หลักในการดูแลรักษาหญิง ที่เป็นโรคเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และไม่ให้ทารกตัวโตเกินไป แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การควบคุมอาหาร การรักษาด้วยอินซูลิน การออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังต้องเพิ่มการดูแลในระยะฝากครรภ์และระยะหลังคลอด การดูแลหลังคลอด การติดตามอาการในระยะหลังคลอด เป็นต้น

หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่คลินิกเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 659 ราย 768 ราย และ 753 รายตามลำดับ และพบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวนเพิ่มขึ้น จำนวน 33 ราย 56 ราย และ 74 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 5.01,7.29 และ 9.82 ตามลำดับ จากจำนวน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (2 hr-PP<120 mg/dl) ได้ตลอดการตั้งครรภ์ มีประมาณร้อยละ 20-30 ในปี 2566 จากข้อมูลสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ของหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม จากข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด หลังคลอดดังกล่าว ในคลินิกฝากครรภ์ของหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ในคลินิกฝากครรภ์ ได้รับการส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติได้ตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

ในขณะตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดได้ และบุคลากรมีระบบการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้มีการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยการใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ และนำไปสู่การทำให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาวะของตนเองผ่านการดูแลตนเองได้ในครั้งนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ของหญิงตั้งครรภ์สูงลดลงและอยู่ในเกณฑ์ปกติกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ชนิดแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มกราคม 2568

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G* power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง และระดับความเชื่อมั่น .05 ซึ่งจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 31 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุมตัวอย่าง โดยคาดว่า จะมีการสูญหายร้อยละ 10 จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 35 คน ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 35 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้รับบริการหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ชนิด A1 งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ 2) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่ใช่ผู้รับบริการหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ชนิด A1 งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ 2) ไม่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามความรู้,แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน และแบบประเมินความพึงพอใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง,แผนการสอน, คู่มือโภชนบำบัดเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์, แบบบันทึกติดตามการดูแลตนเองในภาวะที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความ ตรงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.82 คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ได้เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ได้เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามความพึงพอใจในโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ได้เท่ากับ 0.80

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานตามกิจกรรม ในโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ดังนี้

<u>ครั้งที่ 1</u> ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองและแบบประเมินความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินกิจกรรม 2 กิจกรรม ดังนี้

1. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติการ เพื่อการดูแลตนเองโดย

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเองของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์(การประเมิน/คาดการณ์)

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่ง ที่สามารถควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการเป็นการประเมินความสามารถ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

2. การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง จากความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน โดยการกระทำอย่างจงใจ การหาแรงจูงใจให้กับตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยร่วมกับ กลุ่มตัวอย่าง โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และเป้าหมายรอง คือ พฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

<u>ครั้งที่ 2</u> วางแผนการดูแลตนเองและการเสริมพลังความสามารถการดูแลตนเอง คือ การให้ข้อมูล/ให้ความรู้/ฝึกทักษะดูแลตนเอง ได้แก่

1. การวางแผนการดูแลตนเอง เป็นขั้นตอนการส่งเสริมการดูแล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถวางแผนการดูแลตนเอง ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อระบุปัญหา/อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขปัญหา

2. การให้พลังความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การให้ข้อมูลและให้ความรู้/การฝึกทักษะ การดูแลตนเอง การสร้างแรงจูงใจ โดยการให้ข้อมูลและฝึกทักษะการดูแลตนเอง เป็นขั้นตอนการให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่บกพร่อง และฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร สื่อการสอนที่ใช้ ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง การดูแลตนเองในภาวะที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คู่มือ “ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: กับการดูแลตนเอง” และโมเดลอาหารจำลอง

<u>ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4</u> การติดตามปัญหา ในการดูแลตนเองและหาแนวทางแก้ไขได้แก่

1. การติดตามผลการดูแลตนเอง ที่ชุมชน โดยการติดตามผ่านทางอสม. ประจำบ้านในการติดตามดูแล โดยการติดตามปัญหา/อุปสรรค หาแนวทางร่วมกันสำหรับการจัดการตนเอง รวมทั้งมีการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ

2. การติดตามผลการดูแลตนเอง ครั้งที่ 3 เป็นการติดตามเป็นรายบุคคล ณ แผนกฝากครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยการติดตามปัญหา/อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาในการจัดการตนเองในช่วงเวลาที่ผ่านมา

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป,ความรู้,พฤติกรรมเกี่ยวกับ การดูแลตนเอง,ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบก่อนและ หลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pair T-test

จริยธรรมในการวิจัย

3. การติดตามผลการดูแลตนเอง ครั้งที่ 4 เป็นการติดตามรายบุคคล ณ แผนกฝากครรภ์ของงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยการติดตามปัญหา/อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาในการจัดการตนเองในช่วงเวลาที่ผ่านมา รวมทั้งมีการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และวางแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไปให้บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

<u>ครั้งที่ 5</u> การติดตามปัญหา/อุปสรรค ในการดูแลตนเองและสะท้อนผลการดูแลตนเอง โดยการติดตามผลการดูแลตนเองเป็นการติดตามรายบุคคล ณ แผนกฝากครรภ์ของงานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยการสะท้อนปัญหา/อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาในช่วงเวลาที่ผ่านมา รวมทั้ง เปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากขั้นตอนการดำเนินงานตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ข้างต้น ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการดูแลตนเอง 2) การตั้งเป้าหมายในดูแลตนเอง 3) การวางแผนการดูแลตนเอง 4) การให้ข้อมูล และให้ความรู้/ฝึกทักษะการดูแลตนเอง และ 5) การติดตามปัญหา/อุปสรรคในดูแลตนเองและการหาแนวทางแก้ไข ซึ่งการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ให้ได้รับการฝึกตามโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเอง ให้มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลภาวะเบาหวานด้วยตนเอง โดยจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม เลขที่ 075/67 ได้รับการรับรองวันที่ 18 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 54.29 รองลงมา อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 45.71 อายุเฉลี่ย 32 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 40 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 97.14 รองลงมา สถานภาพ หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 2.86 การศึกษา ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.14 รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญา /ปวส. ร้อยละ 22.86 อาชีพของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหานในขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 28.57 รองลงมา คือค้าขาย ร้อยละ 25.72 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40 รองลงมาคือ 20,001 – 30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 22.86 ประวัติโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.29 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 5.71 คือ โรคไทรอยด์ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ร้อยละ 45.71 รองลงมา คือ บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 42.86 และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.71 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 10 สัปดาห์ ร้อยละ 54.29 รองลงมาคือ ฝากครรภ์แรกที่อายุครรภ์ 10-16 สัปดาห์ ร้อยละ 34.29 BMI ก่อนตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ 18-24.9 kg/m^2 ร้อยละ 57.14 รองลงมา BMI 25-29.9 kg/m^2 ร้อยละ 20 ส่วน BMI ปัจจุบันขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มี BMI อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 30 kg/m^2 ร้อยละ 80 รองลงมา BMI มากกว่า 30 kg/m^2 ร้อยละ 20 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 37.14 รองลงมา เป็นครรภ์ที่ 2 และ 3 เท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ประวัติการคลอด ส่วนใหญ่ ยังไม่ผ่านการคลอด ร้อยละ 37.14 รองลงมาคือ เคยผ่านการคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 31.43 และ เคยผ่านการคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง ร้อยละ 28.57 ประวัติการแท้งบุตร ส่วนใหญ่ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 91.43 เคยมีประวัติแท้งมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 8.75 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ยังไม่เคยมีบุตร ร้อยละ 37.14 รองลงมา คือ มีบุตร จำนวน 2 คน ร้อยละ 28.57

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โดยภาพรวมก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =25.94, S.D.= 2.37) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 29.00, S.D.= 1.08) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนน เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ ในภาพรวมผลการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =68.57, S.D.= 15.75) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ อยู่ในระดับมาก (

$\bar{x}$ = 81.60, S.D.= 8.98) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความพึงพอใจของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จากผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 33.94, S.D.= 2.52) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 38.20, S.D.= 1.65) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนความพึงพอใจของหญิง ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5. ผลลัพธ์ระดับน้ำตาลในเลือดหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เดือนตุลาคม 2567 ถึง มกราคม 2568 เปรียบเทียบผลลัพธ์ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร และระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ตลอดการตั้งครรภ์ ในระหว่างทำการวิจัยตามโปรแกรม เดือนตุลาคม 2567 ถึง มกราคม 2568 หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ค่าระดับน้ำตาลก่อนอาหารน้อยกว่า 95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรตลอดการตั้งครรภ์ ผลลัพธ์หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารตลอดการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ที่ 82.59 mg/dl และระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง น้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลลัพธ์หลังการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาล หลังอาหาร 2 ชั่วโมง ตลอดการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 107.98 mg/dl

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ผลการทดลองพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อโปรแกรม การส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีความ พึงพอใจของผู้รับบริการต่อโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน 4) ผลลัพธ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีระดับน้ำตาลในเลือดในขณะ

ตั้งครรภ์ หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ค่าระดับน้ำตาลก่อนอาหารน้อยกว่า 95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรตลอดการตั้งครรภ์ ผลลัพธ์หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ตลอดการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ที่ 82.59 mg/dl และระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง น้อยกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลลัพธ์หลังการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ตลอดการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 107.98 mg/dl สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม จะช่วยสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ส่งผลทำให้หญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีระดับน้ำตาล ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดการตั้งครรภ์ ทั้งระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร และระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง โดยโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมีกิจกรรม 5 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการดูแลตนเอง และการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง ครั้งที่ 2 การวางแผนการดูแลตนเอง และการให้ข้อมูล และให้ความรู้/ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 การติดตามปัญหา/อุปสรรคในการดูแลตนเอง และการหาแนวทางแก้ไข ครั้งที่ 5 การติดตามปัญหา/อุปสรรคในการดูแลตนเอง และสะท้อนผลการดูแลตนเอง จากผลการทดลองจะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลทำให้หญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีระดับน้ำตาลในเลือดในขณะตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดการตั้งครรภ์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดของมารดาและทารก ดังการศึกษาของ สุภาวดี เนติเมธี และ สุเนตร บุบผามาลา(2565)[4] ได้ศึกษาการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โดยได้กล่าวว่า เบาหวานในระยะตั้งครรภ์เป็นภาวะ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์เพิ่ม มากขึ้น ภาวะนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ค่าน้ำตาลในเลือดที่สูงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่งอาจรุนแรงจนเสียชีวิตได้ สตรีตั้งครรภ์ อาจเกิดภาวะครรภ์ เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด คลอดติดขัด ตกเลือด หลังคลอด และติดเชื้อหลังคลอด ส่วนทารก อาจมีภาวะตัวโตกว่าปกติ น้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดข้น บิลิลูบินในเลือดสูง และตายในครรภ์ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการคัดกรองเบาหวาน ด้วยการซักประวัติการประเมินปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการ คัดกรองเบาหวานตั้งแต่ครั้งแรกของการมาฝากครรภ์ หรือเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ หากผลการ คัดกรองเบาหวานครั้งแรกปกติควรได้รับการ คัดกรองเบาหวานอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 24-28 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ควรดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ในเรื่องโภชนาการการควบคุมระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมเบาหวาน และติดตามการตรวจรักษา เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและระยะหลังคลอดควรเฝ้าระวังอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ป้องกันการติดเชื้อ และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และทารก ใน

ครรภ์มีสุขภาพดีด้วยการลดภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จุดประสงค์ ของบทความวิชาการนี้ คือเพื่อนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ และในการศึกษาของ สิวาพร พานเมือง ,อักษราณัฐ สุทธิประภาและวิไลลักษณ์ เผือกพันธ์ (2565)[5] ได้มีการพัฒนาโปรแกรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มกราคม 2565 – สิงหาคม 2565 จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการดูแลตนเองจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 แบบบันทึก ระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที (Independent t–test) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 54.93) สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 49.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.006) กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ($\bar{x}$ = -29.80) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = -8.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.030) ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน จากการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการดูแลตนเองสามารถนำไปใช้กับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอื่นๆ โดยออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมในแต่ละโรค และเน้นการสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสุขภาพ

2. มีการศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนด กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบ ให้เห็นถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนมที่ชัดเจน

3. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลและการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิง ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และร่วมวางแผนการกำหนดระบบบริการที่เกิดจากปัญหาและความต้องการของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายใต้บริบทของพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเกิดความยั่งยืนของระบบบริการ

4. พัฒนาการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และประเมินผลครอบคลุมดัชนีชี้วัดทางสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น

5. ควรมีการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอื่นๆ เช่น Anemia PIH หรือโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Netgrajang C.(2019). Strengthening Multidisciplinary Approachto Prevent and Control Complications of DiabetesMellitus in Pregnant Women. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medication Education Center; 36(2):168-177.
2. กรมอนามัย (2565).คู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 1.สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; นนทบุรี.
3. กาญจนา ศรีสวัสดิ์และอรพินท์ สีขา.(2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์.บทความวิชาการวารสารพยาบาลทหารบก;
ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.): 50 – 59.
4. สุภาวดี เนติเมธีและสุเนตร บุบผามาลา.(2565). บทความสิชาการเรื่องการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.ฉบับปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (2022): มกราคม – มิถุนายน.
5. สิวาพร พานเมือง,อักษราณัฐ สุทธิประภา และวิไลลักษณ์ เผือกพันธ์. (2565). ได้มีการ พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเบาหวาน.วารสารวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา; ปีที่ 9 ฉบับที่ 1(มกราคม-มิถุนายน): 130 – 144.
6. กฤษณี สุวรรณรัตน์. (2561).ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการ จัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาล ในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวาน จากการตั้งครรภ์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปก เกล้า จันทบุรี ; ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม): 1 – 13.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม.(2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.เชียงใหม่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม.
8. อดิณา ศรีสมบูรณ์, สุเพียร โภคทิพย์, และจรูญศรี มีหนองหว้า. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 5(1), 34-43.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี.(2566). หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน 2566. ร่มเย็นมีเดียจำกัด.
10. American Diabetes Association (ADA). (2012). Standards of Medical Care in Diabetes-2012. Diabetes Care,35(1), 11-63.
11. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราช สุดาสยามบรมราชกุมารี. สถิติเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์. (2565). [สืบค้น เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้ จาก https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm.html

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ

Factors associated with central obesity in medical personnel at Chana Hospital.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

นลิน ตันติโสภณวนิช[1]
Nalin Tantisoponwanich [1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคลากรโรงพยาบาลจะนะ จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มย่อย (Stratified Random Sampling) จำนวน 173 คน แบ่งเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง 71 คน และผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง 102 คน (ผู้ชายเส้นรอบเอว≥90 เซนติเมตรและผู้หญิง≥80 เซนติเมตร) ในเดือนพฤศจิกายนพ.ศ. 2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษาจากการหาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบในแต่ละตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุง โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุง คือ โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าคนที่ไม่มีโรคเรื้อรัง 18.92 เท่า (Adj OR 18.92, 95% CI ; 1.65,216.52) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05)

คำสำคัญ: ภาวะอ้วนลงพุง, ปัจจัย, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ABSTRACT

This study was survey research with the objective of studying the factors associated with central obesity among medical personnel at Chana Hospital. this research attempted to examine factors associated with the metabolic syndrome by collecting data concerning personal general profile, health-related beliefs and personal behaviors during November 2024 to June 2015 using a questionnaire. Randomization occurred via Stratified Sampling included 173 people who were Chana hospital personnel. 71 samples had the metabolic syndrome; while the other 102 samples did not have it (based on criteria of waist circumference ≥ 90 cm in males, and ≥80 cm in females).

A relationship between hypertension and the metabolic syndrome was found. Hypertension had 18.92 times higher risk of the syndrome than than people without hypertension disease (Adj OR 18.92, 95% CI ; 1.65,216.52)

Key words: Metabolic Syndrome, Factors, Health-related beliefs,

บทนำ

ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากข้อมูลปี 2563 จากสหพันธ์โรคอ้วน (World Obesity Federation) ผู้คนราว 1 พันล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 7 คน กำลังเผชิญกับปัญหาโรคอ้วน สอดคล้องกับรายงาน World Health Statistics 2023 ขององค์การอนามัยโลก รายงานว่า มีผู้ใหญ่ 1.9 พันล้านคน หรือคิดเป็น 39% มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี พ.ศ. 2566 คนไทยมีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน 48.35% ความชุกที่เพิ่มมากขึ้นส่วนหนึ่งอาจเกิดมาจาก เศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทำให้ประชาชนส่วน

[1] แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจะนะ

ใหญ่หันมาดูแลสุขภาพกันน้อยลงก่อให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงทำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากภาครัฐ จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่เจ็บป่วย และผลของการเจ็บป่วยอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพและสมรรถภาพการทำงานจนไปถึงการเกิดทุพลภาพและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อีกส่วนหนึ่งคือผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับแรก การป้องกันภาวะอ้วนลงพุงด้วยการด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากความผิดปกติของ ระบบเผาผลาญทำให้เกิดไขมันสะสมที่บริเวณช่องท้อง เมื่อสะสมนานๆก็จะเห็นผนังหน้าท้องยื่น ออกมาได้ชัดเจน และระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และปริมาณไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้น[1]

หลายองค์กรได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่ องค์การอนามัยโลก โครงการศึกษาคลอเลสเตอรอลแห่งชาติ และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยประกอบด้วยองค์ประกอบ หลักคือ โรคอ้วนกลางลำตัว กล่าวคือ ผู้ชายมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงมีเส้นรอบ เอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ร่วมกับองค์ประกอบอื่นอีก 2 ข้อคือ ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 mmHg. ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 150 mg/dl. เอช-ดี-แอลโคเลสเตอรอลใน ผู้ชายน้อยกว่า 40 mg/dl. และผู้หญิงน้อยกว่า 50 mg/dl. และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dl. หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนในประเทศไทย ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุงโดยใช้ความยาวรอบเอว (Waist circumference) เป็นดัชนี บ่งชี้เพียงอย่างเดียว เนื่องจากการวัดรอบเอวนั้นทำได้ง่ายและใช้ได้ในทุกกรณี พฤติกรรมการดำรงชีวิต โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ล้วนมีอิทธิพลมาจากความเชื่อส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม รวมถึงสังคมที่อาศัยอยู่ ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความเกี่ยวเนื่องกับความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยบุคคลเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อันตราย ภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการป้องกันโรคที่อาจ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม บุคคลนั้นก็อาจจะมีแนวโน้มในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีมากขึ้น การได้แรงสนับสนุน ทางสังคม โดยเฉพาะจากเพื่อน ครอบครัว คนรัก จะสามารถทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้[2]

โรงพยาบาลจะนะได้มีการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากร ในปีงบประมาณ 2566 จากบุคลากรจำนวน 327 คน พบว่า ดัชนีมวลกายเกินกว่าเกินมาตรฐาน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 40.67 ดัชนีมวลกายระดับอ้วนรุนแรง จำนวน 36 คน คิกเป็นร้อยละ 11 ส่วนข้อมูลการวัดรอบเอว พบว่ารอบเอวเกินมาตรฐาน จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 40.67 จากข้อมูลข้างต้นพบว่าบุคลากรมีภาวะอ้วนมากกว่าครึ่งหนึ่งและมีรอบเอวเกินมาตรฐานเกือบครึ่งหนึ่งของบุคลากรทั้งหมด นำมาซึ่งการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บุคลากรซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญควรได้รับการดูแล ส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาอย่างเร่งด่วนจึงได้คิดจัดทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ เพื่อจะได้ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากร ทำให้สามารถวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้มีสุขภาวะที่พึงประสงค์ ปลอดภัยจากโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐ

ลดโอกาสการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ
2. ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ
3. ปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะอ้วนลงพุง โดยทำการสำรวจภาวะอ้วนลงพุงด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ รวม 327 คน ไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร การได้ยิน และการมองเห็น รวมทั้งมีสติสัมปชัญญะดี จากรายงานการตรวจสุขภาพบุคลากรจำนวน 327 พบว่า รอบเอวเกินมาตรฐาน จำนวน 133 คน ซึ่งนำมาใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง ตามสูตรประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนี้

$n = NZ^2\alpha/2\ p(1-p) / d^2\ (N-1)+ Z^2\ a/2\ p(1-p)$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ

N = ขนาดประชากรที่ทราบแน่ชัด 327 คน

P = ค่าสัดส่วนประชากร ได้จากรายงานการตรวจสุขภาพบุคลากรจำนวน 327 พบว่า รอบเอวเกินมาตรฐาน จำนวน 133 คน คิดเป็นสัดส่วน คือ 0.4

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ในที่นี้ใช้ 5% = 0.05 Z $\alpha/2$ = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในที่นี้ = 1.96

แทนค่าในสูตร n = n = $NZ^2\alpha/2\ p(1-p) / d^2\ (N-1)+ Z^2\ a/2\ p(1-p)$

$= (327)(1.96)^2 0.4(1-0.4)/(0.05)^2(327-1)+(1.96)^2 0.4(1-0.4)$

=173 คน

เกณฑ์การคัดเลือกประชากร

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะที่ให้ความยินยอมและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ที่มีอาการทางจิต ผู้พิการตาบอดหรือเป็นใบ้ ผู้หญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

หลักเกณฑ์การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้หลักเกณฑ์การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หน่วยงาน รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ หรือให้เติมคำลงในช่องว่าง มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ ทั้งหมด เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้คือ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของภาวะอ้วนลงพุงแบ่งเกณฑ์เป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง การรับรู้มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง การรับรู้มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง การรับรู้ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง การรับรู้น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง การรับรู้น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านการนอนหลับ ปัจจัยด้านการบริโภคข้าวขาว ปัจจัยด้านการบริโภคอาหารระหว่างมื้อ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยด้านการออกกำลังกาย ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง หรือ มีตัวเลือกให้เลือกตอบ มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ศึกษาเอกสารต่างๆ เช่น ตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดขอบเขตของการศึกษาวิจัย และสร้างเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำแบบสอบถามเสนอแก่อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ ปรับปรุง เพิ่มเติมและแก้ไขนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) จำนวน 20 ชุด กับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยกลุ่มทดลองนี้จะไม่นำไปรวมกับการเก็บข้อมูลในการวิจัย นำแบบสอบถามที่ได้จากการทดลองใช้มาหาค่าระดับความเที่ยงในการวัดข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Cronbach's Alpha Coeffient ได้ค่าระดับความเที่ยงรวมทั้ง 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูลข

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลแบบสอบถามไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และตัวอย่างแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

3.8.2 เมื่อได้รับการตอบรับอนุญาต ในการเก็บข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ ทำการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

3.8.3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ลงพื้นที่และวัดเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยนำหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณายินยอมหรือไม่ยินยอมก่อนเก็บข้อมูล ทำการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างและอธิบายการตอบแบบสอบถามให้ถูกต้อง เมื่อได้

ข้อมูลแล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถามไปดำเนินการลงรหัสบันทึกในคอมพิวเตอร์คีย์ลงโปรแกรม R แล้วประเมินผลด้วยโปรแกรม R

จริยธรรมการวิจัย

1. ก่อนลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

2. ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการบริการ หน้าที่การงาน ตำแหน่ง การเรียนต่อที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

4. ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

5. ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการแจ้งให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาโดยการวิเคราะห์ร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยและโรคทางพันธุกรรม สถิติเชิงอนุมานโดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง โดยการใช้สถิติ Chi-square หรือ Independent t-test และ Logistic regression ที่ค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลจะนะ พบว่ากลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และโรคความดันโลหิตสูง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าเพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าเพศชาย 2.48 เท่า(Crude OR 2.48, 95% CI ; 1.09,5.66) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bilski[3] พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นระบบการเผาผลาญของร่างกายลดลงและเกิดการชราของกล้ามเนื้อจึงทำให้มวลกล้ามเนื้อที่หายไปถูกไขมันส่วนเกินเข้ามาทดแทนส่งผลให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานได้ไม่ดีเท่าที่ควร และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของพลอยชญารินทร์ ราวินิจและอดิศักดิ์ สัตยธรรม[4] พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นการเผาผลาญพลังงานของร่างกายจะลดลงทำให้เกิดการสะสมของไขมัน ประกอบกับช่วงวัยดังกล่าวเป็นวัยที่มีการสังสรรค์และมีงานเลี้ยงค่อนข้างมากจึงมีโอกาสบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการสะสมไขมัน ในเรื่องสถานภาพ พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพคู่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าสถานภาพโสด 2.53 เท่า(Crude OR 2.53 , 95% CI ; 1.23,5.24) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) และผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าสถานภาพโสด 3.9 เท่า(Crude OR 3.9 , 95% CI ; 1.36,11.23) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Meltzer

(2013) พบว่า ในกลุ่มคู่รักที่มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น เป็นกลุ่มที่มีความสุขและพึงพอใจกับชีวิตหลังแต่งงาน และในเรื่องหน่วยงาน พบว่าหน่วยงานทันตกรรมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงน้อยกว่ากลุ่มการพยาบาล 0.08 เท่า (Crude OR 0.08, 95% CI ; 0.01,0.63) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Samhat[5] พบว่า หน่วยงานที่ทำงานกะกลางคืนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรูปแบบการกินที่ผิดปกติและค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งการทำงานเป็นกะอาจมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาโรคอ้วนในบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกะกลางคืน

ในเรื่องปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคลไม่มีความแตกต่างในผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงและผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

ในด้านประเภทการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่วิ่งหรือวิ่งเหยาะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงน้อยกว่าผู้ที่เดินเร็ว 0.26 เท่า (ORcrude = 0.26, 95% CI; 0.08,0.86) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05) และจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุงใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายและมีความถี่ในการออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่ภาวะอ้วนลงพุง สอดคล้องกับการศึกษาของภิษฐ์จีรัชญ์ พชรกุลธนา และคณะ[6] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน คือ ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันบางครั้ง และผู้ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เป็นประจำ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงได้ร้อยละ 98 (ORadj= 0.02, 95% CI; 0.003-0.076) และร้อยละ 99.7 (ORadj= 0.003, 95% CI; 0.0006-0.0169) เนื่องการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที จะทำให้ร่างกายมีการเผาพลาญพลังงานไปใช้มากขึ้น และสอดคล้องกับบทความสุขภาพสาระสุขภาพเรื่องหลักการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก

เมื่อคำนวณหาความสัมพันธ์โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปร พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าคนที่ไม่มีโรคเรื้อรัง 18.92 เท่า (Adj OR 18.92, 95% CI ; 1.65,216.52) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Verhaegen & Van Gaal[7] พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย กล่าวคือ โรคประจำตัวบางโรคทำให้อ้วนเนื่องจากผลข้างเคียงของยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาต้านอาการซึมเศร้าบางชนิด ยากันชัก อินซูลิน สเตียรอยด์ ยารักษาภูมิแพ้บางชนิด เป็นต้น มีผลต่อระบบการเผาผลาญอาหารลดลง ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น และงานวิจัยของ Abarca-Gómez[8] พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา โดยโรคอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อหลายอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นบุคลากรที่มีโรคประจำตัวอาจมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิง cross-sectional descriptive study ในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้เป็นการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงข้อมูล ความรู้สึกในช่วงเวลานั้นๆ เท่านั้น รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นเพียงตัวแทนของผู้ปฏิบัติงานซึ่งเฉพาะเจาะจงเพียงหนึ่งสถานบริการเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถใช้อ้างอิงข้อมูลทั้งจังหวัด หรือประเทศได้

2. การศึกษาครั้งถัดไปควรขยายจำนวนประชากรที่ใช้ศึกษาให้มากขึ้น จึงแนะนำให้ดำเนินการศึกษาในสถานบริการหลายสถานบริการและอาจขยายไปยังส่วนระดับอำเภอ และภูมิภาค

ต่อไป เพื่อเพิ่มความแม่นยำในผลการศึกษาว่าตัวแปรดังกล่าวสัมพันธ์กันจริงหรือไม่

3. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเท่านั้น ดังนั้นการศึกษาครั้งถัดไปควรเพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านวิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมโครงการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

4. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรโรงพยาบาลจะนะ ในครั้งนี้สามารถตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ครบถ้วนแล้ว ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กนกนันท์ สมนึก, กุลรัตน์ สายธิไชย, กิตติพงศ์ อ้วนแก้ว, รุ่งนภา ศิริพรไพบูลย์ และอานนท์ ทองคงหาญ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง (2564): 65(1), 27-36.

2. นันท์นภัส ธนฐากร และธนัช กนกเทศ. โรคอ้วนในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทริ์นเอเชีย(2561): 17-24

3. Bilski, J., Pierzchalski, P., Szczepanik, M., Bonior, J., & Zoladz, J. A. (2022). Multifactorial Mechanism of Sarcopenia and Sarcopenic Obesity. Role of Physical Exercise, Microbiota and Myokines. Cells, 11(1), 160.

4. พลอยณญารินทร์ ราวินิจ, อดิศักดิ์ สัตยธรรม.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ว.สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2559; 5(2):33-47.

5. Samhat, Z., Attieh, R., & Sacre, Y. (2020). Relationship between night shift work, eating habits and BMI among nurses in Lebanon. BMC nursing, 19(1), 1-6.

6. ภิษฐ์จีรัชญ์ พัชรกุลธนา, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, & วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนลงพุงในกลุ่มวัยผู้ใหญ่เขตเทศบาลตาบลบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลทหารบก. 16(2), 131-139.

7. Verhaegen, A. A., & Van Gaal, L. F. (2017). Drug-induced obesity and its metabolic consequences: a review with a focus on mechanisms and possible therapeutic options. Journal of Endocrinological Investigation, 40(11), 1165-1174.

8. Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A. *et al. (*2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128· 9 million children, adolescents, and adults. The lancet, 390(10113), 2627-2642.

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

Development of Expressway Access Model for Patients at Risk of Stroke, Kong Ra District, Phatthalung Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

กวิน กลับคุณ[1] สุดา ขำนุรักษ์[1] อัฐพร ช่วยสงคราม[1]
Kawin Klapkhun[1] Suda Khamnurak[1] Athaporn Chuaysongkram[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนารูปแบบบริการ และระยะทดสอบประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่กู้ชีพ ตัวแทน อสม. รวมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 135 คน

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า จากผลทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 38 คน ที่ได้รับการฝึกอบรมและปรับปรุงพฤติกรรมการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทุกมิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งได้แก่ การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ความรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ผลลัพธ์การทดสอบประสิทธิผลรูปแบบบริการทางด่วนกับกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 19 รายพบว่า ผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 60 นาที (Golden Hour) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.80 เป็นร้อยละ 42.11 การใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การส่งต่อผู้ป่วยภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.90 เป็นร้อยละ 78.20 และพบว่า ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลพัทลุงภายใน 240 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 63.16 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการรักษาเพื่อเพิ่มโอกาสฟื้นฟูสมรรถภาพและลดความพิการถาวร

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน, ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop a model for accessing express service system for patients at risk of stroke in Kong Ra District, Phatthalung Province. The project was conducted in 3 phases: situation analysis phase, service model development phase, and effectiveness testing phase. The sample group consisted of doctors, professional nurses, rescue workers, village health volunteer representatives, and 135 patients and relatives of stroke patients.

The results of the situation analysis revealed that from the Wilcoxon Signed-Rank Test to compare health literacy in accessing express service system in 38 stroke risk groups who received training and improved behavior in accessing express service system, there was a statistically significant change in behavior in all dimensions of health literacy ($p < 0.05$), namely access to and understanding of health information, communication skills, self-management, media literacy, and decision-making skills. The results of the effectiveness testing of express service model with 19 stroke risk groups found that patients who arrived at the hospital within 60 minutes (Golden Hour) increased from 36.80 percent to 42.11 percent. The use of emergency medical services increased. In addition, the patient referral within 30 minutes increased from 57.90 percent to 78.20 percent, and it was found that patients arrived at Phatthalung Hospital within 240 minutes, increased from 50 percent to 63.16 percent, which is the most appropriate time for treatment to increase the opportunity for rehabilitation and reduce permanent disability.

Keywords: Development of express service access model, Patients at risk of stroke, Health literacy

[1] โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก และเป็นสาเหตุรวมของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในอันดับสาม โดยระหว่างปี 1990 ถึง 2019 ภาระโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 70 การเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 43 และจำนวนผู้ป่วยในระยะยาวเพิ่มขึ้นร้อยละ 102 โดยภาระส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางระดับล่าง[1] ในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) เพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) และพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ[2]

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือภาวะที่ระบบประสาทเกิดความผิดปกติทันทีหรือมีอาการที่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมง สาเหตุหลักมาจากการขาดเลือดในสมอง (Ischemic Stroke) หรือเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ซึ่งไม่รวมถึงภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack - TIA) ภาวะสมองขาดเลือด พบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) พบได้น้อยกว่าประมาณร้อยละ 20[3] โดยการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้เลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ ในกรณีของภาวะสมองขาดเลือด ความรุนแรงของอาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระดับความเสียหายของสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรง, พูดไม่ชัด, หรือมึนงง. ส่วนภาวะเลือดออกในสมองส่งผลให้เกิดอาการทันที ทำให้ผู้ป่วยซึมหรือหมดสติทันทีจากการเปลี่ยนแปลงความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว[4]

การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Care) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดูแลในช่วงนี้สามารถช่วยชีวิตและลดการพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้ การให้ความรู้แก่ประชาชนและการฝึกฝนทักษะการสังเกตอาการ เช่น การรู้จัก "FAST" (Face, Arm, Speech, Time) เป็นสิ่งที่สำคัญมากในการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การประสานงานที่ดีระหว่าง EMS และโรงพยาบาลในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] โดยหลายประเทศทั่วโลกได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีหลักฐานรองรับ เช่น ในสหรัฐอเมริกาที่มีระบบ "Stroke System of Care" ซึ่งเป็นเครือข่ายการรักษาผู้ป่วยที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างศูนย์โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรับรองเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะการรักษาภายใน 4 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ ซึ่งสามารถเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวได้สูงถึงร้อยละ 30 ในประเทศไทยเองก็มีการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดตั้งศูนย์โรคหลอดเลือดสมองในหลายโรงพยาบาล และใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้การเข้าถึงการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว ก่อนมาถึงโรงพยาบาล การประเมินอาการผู้ป่วยผ่านหมายเลข 1669 หรือแอปพลิเคชัน "Stroke Alert" เพื่อให้ทีมแพทย์ทราบข้อมูลเบื้องต้นล่วงหน้าและเตรียมทีมเฉพาะทางให้พร้อมรับมือ ระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Code) นี้ช่วยลดระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยในช่วง "Golden Hour" เพิ่มโอกาสฟื้นตัว และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน[6]

โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง เป็นพื้นที่ตะเขปชายแดนเทือกเขาบรรทัดชายขอบของจังหวัดตรัง ลักษณะที่ราบสูง ห่างไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 50 กิโลเมตร เส้นทางการคมนาคมซับซ้อน แคบ และคดเคี้ยว มีประชากรประมาณ 35,000 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น

ทำสวนยางพารา สวนผลไม้ เมื่อมีอาการแสดงของโรคระหว่างการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ภายใน 60 นาที ที่ผ่านมาโรงพยาบาลพยาบาลกงหราได้ให้ความรู้ อาการสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งในคลินิกและชุมชน พร้อมทั้งสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ แต่ยังพบผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลล่าช้า โดยพบว่า จำนวนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองปี 2565 ถึง 2567 เป็นจำนวน 72,105 และ 114 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันร้อยละการตายจากโรคหลอดเลือดสมองปี 2565 ถึง 2567 อยู่ที่ 6.45, 6.44 และ 6.59 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) มีแนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.74 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 24.07 ในปี 2566 แต่ลดลงเป็นร้อยละ 19.04 ในปี 2567 นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกงหรา ภายใน 60 นาที ตั้งแต่ปี 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 31.25, 38.82 และ 36.80 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 80) ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการรักษาที่สำคัญ นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ยังไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ ทีมสุขภาพโดยเฉพาะอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและกู้ชีพยังขาดทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยยังมีน้อย ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วยล่าช้า

การศึกษาครั้งนี้จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอกงหรา ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การวิจัยนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในระบบบริการปัจจุบัน และการออกแบบรูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการรับบริการ เพิ่มความรวดเร็วในการตอบสนอง และลดความเสี่ยงจากความเสียหายของโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนานี้จึงไม่เพียงแค่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ยังเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน (Fast Track) ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในอำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งใช้กระบวนการ PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Targart [7] เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยการศึกษาเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) ซึ่งผสมผสานการวิจัย1) เชิงปริมาณ (Quantitative Research) มุ่งวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการเข้าถึงบริการในพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย และระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ช่วงระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม ถึง 31 ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละเพื่ออธิบายลักษณะประชากรผู้ป่วย แนวโน้มการเกิดโรค ระยะเวลาและช่องทางการเข้าถึงบริการตลอดจนผลลัพธ์เบื้องต้นจากการรักษา **2)** การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกัน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับเจ้าหน้าที่พยาบาลจากหลายระดับ รวมถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยง และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ป่วยและญาติที่มีประสบการณ์ตรงในการเข้ารับบริการ กลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่กู้ชีพ อสม. และผู้ป่วยรวมทั้งสิ้นกว่า 135 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และแบบประเมินพฤติกรรมการเข้าถึงบริการทางด่วนของผู้ป่วยและญาติตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Theory) ตามกรอบแนวคิดของ Sørensen และคณะ[8] วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกับการนำเสนอผลในรูปของร้อยละ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน โดยทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในช่วงเดือน 1 มกราคม 2568 ถึง 31 มกราคม 2568 ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ (1) ขั้นวางแผน (Plan) ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงวิเคราะห์บริบทด้านระบบบริการและพฤติกรรมผู้รับบริการในพื้นที่กงหรา (2) ขั้นดำเนินการ (Action) สังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและภาคสนาม เพื่อนำไปยกร่างรูปแบบบริการผ่านการประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรสาธารณสุข อสม. และตัวแทนผู้ป่วย (3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และข้อจำกัดของร่างรูปแบบผ่านการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มย่อยเพิ่มเติม และ (4) ขั้นสะท้อนผล (Reflect) นำรูปแบบที่ได้เสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อรับข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและปรับปรุงให้สามารถนำไปใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 38 คน ซึ่งทำการเปรียบเทียบแบบ One Group Design โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Theory) และอีกกลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 พฤษภาคม 2568 เพื่อติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบในสถานการณ์จริง โดยประเมินความรวดเร็วและความเหมาะสมในการเข้าถึงบริการ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนที่พัฒนาขึ้น และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test ทั้งนี้มีการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบผ่านตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเวลาการส่งต่อ ระยะเวลาที่รักษาโรงพยาบาลจนส่งต่อ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมและประสิทธิภาพของรูปแบบในพื้นที่จริง และรองรับการประยุกต์ใช้ในอนาค

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประเมินความเหมาะสมและครอบคลุมของเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 แสดงถึงความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้ จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.765 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้

ผลการวิจัย

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 114 ราย พบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.75) และอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น 60–74 ปี (ร้อยละ 36.84)

รองลงมาคือวัยกลางคน 45–59 ปี (ร้อยละ 31.58) โดยมีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค โดยเฉพาะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 57.90) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.50) และเบาหวาน (ร้อยละ 32.50) ซึ่งกลุ่มนี้ยังมีอัตราการควบคุมโรคไม่ได้ในระดับน่ากังวล ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 29.73) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.95) ภาพรวมสะท้อนภาวะป่วยหลายโรคพร้อมกัน (Multimorbidity) ในอัตราสูงถึงร้อยละ 65.8 ด้านลักษณะของโรค พบว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) คิดเป็นร้อยละ 96.49 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง (ร้อยละ 87.70) ทำให้มีเพียงร้อยละ 36.8 ที่มาถึงภายใน 60 นาทีหลังเกิดอาการ และมีเพียงร้อยละ 50.0 ที่ได้รับการดูแลภายใน 4 ชั่วโมง ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยให้ทันภายใน 30 นาที ทำได้เพียงร้อยละ 57.9

จากการศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ จำนวน 38 คน และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจำนวน 135 คน พบว่า (1) ด้านความรู้และความเข้าใจ เจ้าหน้าที่พยาบาลเห็นว่าควรจัดอบรมความรู้โรคหลอดเลือดสมองให้ทันสมัย พร้อมจัดทำสื่อที่เข้าใจง่าย เพื่อยกระดับทักษะการดูแล ขณะที่ผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรมีสื่อเสริมช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และดูแลตนเองได้ถูกต้อง (2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ เจ้าหน้าที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปติดตามสุขภาพและบริการทางไกล แต่ผู้ป่วยยังขาดช่องทางรับข้อมูลฉุกเฉินในชุมชน จึงควรส่งเสริมการใช้บริการออนไลน์อย่างต่อเนื่อง (3) ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ ทีมพยาบาลเน้นพัฒนาทักษะการสื่อสารและใช้สื่อที่เข้าใจง่ายเพื่อถ่ายทอดข้อมูล ขณะที่ผู้ป่วยต้องสร้างช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถสอบถามหรือนัดหมายล่วงหน้าได้เสมอเพื่อส่งเสริมความร่วมมือ (4) ด้านการจัดการตนเอง พยาบาลแนะนำให้ใช้เครื่องมือช่วยจำและแอปติดตาม แต่ผู้ป่วยหลายรายยังปฏิบัติไม่สม่ำเสมอและขาดแผนรับมือฉุกเฉิน จึงควรมีเครื่องมือบันทึกกิจกรรมประจำวันช่วยเตือนและติดตามผลสุขภาพ (5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เจ้าหน้าที่เน้นสอนผู้ป่วยเลือกใช้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ขณะที่ผู้ป่วยมักเชื่อข้อมูลจากกลุ่มไลน์หรือเพื่อนโดยไม่มีหลักฐาน จึงจำเป็นต้องจัดรายการแหล่งข้อมูลเชื่อถือได้พร้อมวิธีสืบค้น และ (6) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่เห็นควรส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยผ่านเครื่องมือช่วยประเมินความเสี่ยงและอาการ ขณะที่ผู้ป่วยมักตัดสินใจตามความเชื่อหรือคำบอกเล่า จึงควรเปิดช่องทางให้ปรึกษาแพทย์ออนไลน์หรือผ่านแชทสอบถามได้ทันที

2. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน ผู้วิจัยได้สังเคราะห์และพัฒนารูปแบบระบบบริการทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การเข้าถึงช่องทางด่วนที่รวดเร็วโดย โดยให้ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงอสม.ได้รับการอบรมความรู้เรื่องเกณฑ์ BFAST เพื่อประเมินอาการเบื้องต้นและช่วยเข้าถึงบริการทางด่วนอย่างรวดเร็ว (2) พัฒนาระบบดิจิทัลเป็นแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพที่ช่วยประเมินอาการตาม BFAST พร้อมแจ้งเตือนผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อพบอาการผิดปกติ (3) เสริมทักษะการสื่อสารด้วยสื่อเข้าใจง่าย เช่น โปสเตอร์และสติ๊กเกอร์แสดงสัญญาณเตือน โดยอสม.ให้คำแนะนำรายครัวเรือนก่อนติดสติ๊กเกอร์ (4) จัดทำสื่อดิจิทัล เช่น วิดีโอและเว็บไซต์เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแล (5) สร้างเครื่องมือช่วยจัดการตนเอง ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพและบัตรสมาชิกสำหรับกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มความตระหนักและการติดตามอาการอย่างทันท่วงที (6) การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยลำพังโดยใช้กลไกของ อสม. (7) ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคและการดูแล (8) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยระบบคัดแยกและช่องทางด่วน (9) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีมาตรฐานโดยใช้แบบฟอร์ม checklist เพื่อความต่อเนื่องของการดูแล และ (10) ติดตามผลหลังส่งต่อภายใน 48 ชั่วโมงผ่านระบบ Refer Link เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เข้าถึงบริการทางด่วนโรคหลอด

เลือดสมองได้รวดเร็วและครอบคลุมทุกขั้นตอนอย่างมีประสิทธิผล

3. ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 38 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60–75 ปี) และวัยกลางคน (อายุ 45–59 ปี) โดยร้อยละ 63.2 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค โดยพบว่า ร้อยละ 68.4 มีภาวะเบาหวาน ร้อยละ 55.3 มีภาวะความดันโลหิตสูง และร้อยละ 81.6 มีภาวะไขมันในเลือดสูง เมื่อทำการทดสอบทางสถิติโดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวผิดปกติ เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ผลการวิเคราะห์พบว่าความรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมีค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา สรุปได้ว่า รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง จากการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2568 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 19 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.42 และอยู่ในช่วงอายุ 60–74 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.63 เมื่อพิจารณาถึงโรคร่วม พบว่า โรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 52.63 จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 19 ราย ส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.95 รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 63.16 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.05 ในด้านการเดินทางมารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเองร้อยละ 87.70 36.84 ขณะที่การใช้บริการจากเจ้าหน้าที่ First Responder หรือระบบ Advanced Cardiac Life Support ร้อยละ 31.58

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่มาถึงห้องฉุกเฉินภายใน 60 นาที ร้อยละ 42.11 ผู้ป่วยที่มาถึงในช่วง 60–120 นาที คิดเป็นร้อยละ 21.05 และช่วง 120–180 นาที ร้อยละ 15.79 โดยยังสามารถรับการส่งต่อได้รวดเร็วตามลำดับ แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 26.32 ที่มาถึงหลัง 180 นาที สำหรับในส่วนของระยะเวลาที่รักษาโรงพยาบาลจนส่งต่อ พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 78.20 และระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเวลาการส่งต่อถึงโรงพยาบาลพัทลุงพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 63.16 มาถึงภายใน 240 นาที

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมใน 3 ระยะ ซึ่งผลการวิจัยในแต่ละระยะได้สะท้อนภาพของปัญหาเชิงระบบและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

ในระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนของโรค ไม่สามารถแยกแยะอาการสำคัญและจัดการตนเองได้ เช่น การอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว และไม่ทราบว่าต้องโทรแจ้ง 1669 ทันที ส่งผลให้มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถเข้าถึงการรักษาในช่วง

Golden period ภายใน 4.5 ชั่วโมง อีกทั้งระดับความรู้ด้านสุขภาพก็ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรชนบท ผู้สูงอายุ และผู้มีการศึกษาน้อย ซึ่งล้วนเป็นกลุ่มหลักของประชากรในอำเภอกงหรา นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดในระบบบริการ ได้แก่ การไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในระดับโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของกชพรรณ ศรีท้วมและนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์[9] พบว่า ปัจจัยการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่ทราบอาการของโรคหลอดเลือดสมอง กู้ชีพและอสม. มีความรู้และทักษะไม่พียงพอในการประเมินผู้ป่วยโรคหลออดเลือดสมอง การประเมินแรกรับล่าช้าเป็นต้น เนื่องจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ญาติและผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์และไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมจะไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์กรณีฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำส่งโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความล่าช้า จากการประเมินผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุโดยเจ้าหน้าที่ ที่ไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สงบ บุญทองโท[10] ที่วิเคราะห์สถานการณ์ที่โรงพยาบาลวาปีปทุม ที่พบปัญหาในระบบบริการทั้งก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่รับบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการ ได้มีการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้กรอบแนวคิด Health Literacy และหลักการ PAOR นำมาสู่การจัดทำรูปแบบบริการช่องทางด่วน 10 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ 1) การเข้าถึงช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การพัฒนาพัฒนาระบบดิจิทัล 3) การเสริมทักษะการสื่อสาร 4) สื่อดิจิทัล 5) สร้างเครื่องมือช่วยจัดการตนเอง 6) จัดให้มีระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีลูกหลานโดยใช้กลไก อสม. 7) ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ 8) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 9) รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย 10) การติดตามผล ที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง การพัฒนาทักษะประเมินอาการ การออกแบบเส้นทางการส่งต่อที่รวดเร็ว และการสร้างบทบาทที่ชัดเจนให้กับทุกหน่วยงาน โดยในขั้นตอนนี้ได้มีการอบรมและฝึกซ้อมแผนร่วมกันทั้งในระดับชุมชนและระดับบริการ ซึ่งเป็นการสร้างความพร้อมร่วมกันและกระตุ้นให้เกิด “ความตื่นตัว” (Awareness) ของระบบในพื้นที่จริง

ในระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบบริการ เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสามารถดำเนินการได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพบนสมาร์ตโฟนหรืออุปกรณ์ดิจิทัล ส่งผลดีต่อคุณภาพบริการและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษา นิอร สิริมงคลเลิศกุลและคณะ[11] ได้พัฒนาระบบมือถืออัจฉริยะ “Stroke Mon” ซึ่งเป็นโครงสร้างพื้นฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันตามสิทธิ์ผู้ใช้งาน โดยบุคลากรสามารถใช้งานได้ทั้งแบบ Web-based และ Application บนมือถือ มีข้อมูลการรักษาส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูง และได้รับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ด้านประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีการตอบสนองรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเองลดลง ขณะที่การใช้บริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงบริการฉุกเฉินที่มีความพร้อมและตอบสนองได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ในด้านการเข้าถึงการรักษา พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่มาถึงห้องฉุกเฉินภายใน 60 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.80 เป็นร้อยละ 42.11 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.31) สะท้อนพัฒนาการด้านการรับรู้และการตัดสินใจของประชาชนในการเข้าถึงบริการช่วง Golden Hour ซึ่งมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการรักษา สำหรับในส่วนของระยะเวลาที่รักษาโรงพยาบาลจนส่งต่อพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที เพิ่มจากร้อยละ 57.90 เป็นร้อยละ 78.20 (เพิ่มขึ้น

ร้อยละ 20.30) และในด้านระยะเวลาที่มีอาการจนถึงเวลาการส่งต่อถึงโรงพยาบาลพัทลุงพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 63.16 มาถึงภายใน 240 นาที เพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีเพียงร้อยละ 50 ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ แสดงถึงการตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญได้อย่างทันท่วงที ส่งเสริมคุณภาพการดูแลและลดผลกระทบในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ สงบ บุญทองโท และจันทรจร เสนามาตย์[10,12] ที่ได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการพัฒนารูปแบบครอบคลุมวงจรคุณภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว การคัดกรองผู้ป่วย กระบวนการดูแล พัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามผู้ป่วยพบว่า บุคลากรผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100 และระบบบริการช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุวรรณา เวียงนนท์ และหฤษฎ์ เชี่ยงหว้อง[13,14] ได้ศึกษาโดยการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ขั้นตอนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง การใช้บัตรช่วยจำ และการเยี่ยมบ้าน ผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางส่วนมาถึงล่าช้าโดยร้อยละ 26.32 มาถึงหลัง 180 นาที ซึ่งอาจพลาดโอกาสเข้ารับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แม้ว่าระบบภายในโรงพยาบาลจะพัฒนาดีขึ้น จำเป็นต้องเร่งเสริมมาตรการในระดับชุมชนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการฉุกเฉินได้เร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนระบบบริการช่องทางด่วนในพื้นที่ชนบทให้มีความชัดเจนและต่อเนื่อง

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด่านหน้า (FR) อย่างเป็นระบบเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. สนับสนุนงบประมาณด้านเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับการติดตามกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะเชิงการขยายผล

1. ขยายการดำเนินงานรูปแบบช่องทางด่วนไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดพัทลุง

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชนในระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ห่างไกล

3. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ (Standard Manual) สำหรับบุคลากรในระบบบริการทางด่วน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงระบบและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. วิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของระบบช่องทางด่วนในพื้นที่ที่มีและไม่มีรูปแบบที่พัฒนา

3. ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของระบบบริการช่องทางด่วนในระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., &Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke, 17*(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/17474930211065917

2. กองโรคไม่ติดต่อ, สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, กรมควบคุมโรค. (2565, 28 ตุลาคม). รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284&deptcode=

3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
4. Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., et al. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 44*(7), 2064–2089. https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca
5. Gannon, K. (2023). Stroke systems of care: A systematic approach to saving neurons. *Delaware Journal of Public Health*. https://doi.org/10.32481/djph.2023.08.005
6. นพ. วรัญชัย สุจริตจิตติ. (2562). ผลของระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารการแพทย์ไทย*, 105(7), 1011–1018. https://he04.tcithaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/392/177.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). Participatory action research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 567–605). Thousand Oaks, CA: Sage.
8. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80
9. กชพรรณ ศรีท้วม, & นิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์. (2565). รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 5(3), 45–55.
10. สงบ บุญทองโท. (2560). การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 14(3), 100–113.
11. นิอร สิริมงคลเลิศกุล, ฐานุตร์ ถมังรักษ์สัตว์, พบสุข ตัณสุหัช, วิทยศักดิ์ รุจิวรกุล, ชมพูนุท สิงห์มณี, สายพิณ กัญชาญพิเศษ, และคณะ. (2565). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถืออัจริยะ. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 68(3), 45–52.
12. จันทรจร เสนามาตย์. (2566). การพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลดอนตาลและเครือข่ายบริการ. *วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม*, 1(2), 1–11.
13. สุวรรณา เวียงนนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนตำบลบึงงาม อำเภอพุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(2), 175–185.
14. หฤษฎ์ เชี่ยงหว็อง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด
Development of Nursing Practice Guidelines in Caring for Patients Undergoing Open Heart Surgery for Operating Room Nurses.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ศิริพรรณ สุชาติสุนทร[1] ปานตา อภิรักษ์นภานนท์[2] อรุณี ต้นพงษ์เจริญ[1] มณฑา แก้วสำอางค์[3] จิรนันท์ เพชรบูรณ์[4]
Siriphan Suchatsunthon[1] Panta Aphiraknaphanon[2] Arunnee Tonphongcharoen[3] Manda Kaewsam-ang[4] Jiranan Phetchabun[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ คือ พัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด ดำเนินการ 4 ขั้นตอน (1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ (2) การพัฒนาแนวปฏิบัติ (3) การนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (4) การประเมินผล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 38 คน และ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 80 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล ค่า IOC เท่ากับ 0.93 และคู่มือการปฏิบัติ ค่า AGREE II เท่ากับร้อยละ 89.67 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ ค่า KR-20 เท่ากับ 0.81 แบบประเมินสมรรถนะ แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูตามแนวปฏิบัติฯ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ค่า IOC เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pair t test, Independent t test และ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด มี 4 หมวด 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ 2) การพยาบาลระยะผ่าตัดหัวใจ 3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดหัวใจ และ 4) การวางแผนจำหน่าย หลังใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และสมรรถนะเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติฯ ในระดับมาก ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ในระดับมาก และมีการเสียเลือดหลังผ่าตัด การเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม การติดเชื้อของแผลผ่าตัด เสียชีวิต รวมทั้งใช้ค่ารักษา และมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยใน ICU ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, พยาบาลห้องผ่าตัด, ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the implementation of a nursing practice guideline for open-heart surgery patients by operating room nurses. The study was conducted in four phases: (1) situational analysis, (2) guideline development, (3) implementation of the guideline in patient care, and (4) evaluation. A purposive sample included 38 registered nurses and 80 patients undergoing open-heart surgery. Research instruments included the nursing practice guideline (IOC = 0.93) and an implementation manual (AGREE II score = 89.67%). Data collection tools consisted of a knowledge test (KR-20 = 0.81), a competency assessment form, a nurse opinion survey, a patient satisfaction questionnaire (Cronbach's alpha =

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี
[2] ปร.ด. (การพยาบาล) ปร.ด., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสระบุรี

0.89, 0.84, and 0.88, respectively), and a clinical outcome recording form (IOC = 0.93). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and Chi-square test at a significance level of .05.

Results indicated that the nursing practice guideline consisted of four components: (1) preoperative care, (2) intraoperative care, (3) postoperative care, and (4) discharge planning. Post-implementation, nurses demonstrated significantly improved knowledge and competency, along with highly favorable opinions toward the guideline. Patients reported high satisfaction with the care received. Furthermore, there were statistically significant reductions in postoperative blood loss, surgery postponements due to poor patient preparation, surgical wound infections, treatment costs, and average length of stay in the ICU ($p < .05$).

Keywords: nursing practice guideline, operating room nurses, open-heart surgery

บทนำ

ปัจจุบันโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประชากรโลก ซึ่งมีจำนวนมากถึง 25 ล้านคน/ปี และพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในประเทศไทยมากเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุปี 2563 หรือโดยเฉลี่ย 2.3 คนต่อชั่วโมง[1] จากพฤติกรรมเสี่ยงในการดำรงชีวิตและสิ่งแวดแวดล้อม ทำให้เกิดโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพ ความยากจนและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำกัด จนทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความอ้วน การติดสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้เกิดหัวใจล้มเหลว และเกิดอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น[2] ส่งผลกระทบระยะสั้น เช่น ภาวะหัวใจวาย และระยะยาว เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เส้นเลือดอุดตัน และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น[3] จนผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ เป็นภาระของครอบครัวและต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น[4] นอกจากนี้ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยที่รุนแรง คือ ภาวะเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว[5]

การผ่าตัดหัวใจ แบบเปิด (Coronary Artery Bypass Grafting: CABG) เป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาโรคหัวใจที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบนอกเหนือจากการรักษาด้วย การให้ยา การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนและขดลวด (Percutaneous Transluminal Coronary Angiography: PTCA) และการผ่าตัดลิ้นหัวใจ (Valve Surgery) มีเป้าหมายเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้มากขึ้น เพิ่มการบีบตัว ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก[6] เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโรคหัวใจ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิต[7] การรักษาที่ซับซ้อนนี้จะประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกายที่แข็งแรง และการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่ดีของผู้ป่วย เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคประจำตัว และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเพิ่มความสำเร็จของการผ่าตัดได้ รวมทั้งการได้รับการรักษาด้วยทีมแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางแพทย์ที่มีประสบการณ์และมีความชำนาญสูง การทำงานร่วมกันของทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพในระยะผ่าตัดช่วยให้เกิดความราบรื่น, การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวได้เร็วโดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด[8]แต่หากทีมผ่าตัดไม่มีความพร้อมหรือไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย เช่น การเสียเลือดมาก การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือการขาดออกซิเจน หรืออาจเกิดข้อผิดพลาด เช่น การตัดอวัยวะหรือเนื้อเยื่อผิด การให้ยาผิด การติดเชื้อ และ ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากการผ่าตัดหัวใจมีความซับซ้อน ต้องการการดูแลที่

ละเอียดอ่อน แม่นยำ และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และ หลังผ่าตัด[9] โดยเฉพาะในระยะผ่าตัด พยาบาลที่เข้าร่วมทีมผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องสามารถปฏิบัติหน้าที่พยาบาลช่วยผ่าตัดหัวใจได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติอย่างเข้มข้น และต้องผ่านการเข้าร่วมทีมผ่าตัดในตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลผ่าตัดจนกว่าจะผ่านการประเมินจึงจะ ซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนาอย่างเหมาะสม[10] ซึ่งสมรรถนะนี้มีความจำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย 2) สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยด้านร่างกาย 3) สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยด้านการตอบสนองพฤติกรรม และ 4) สมรรถนะพยาบาลด้านระบบสุขภาพ โดยการคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม และการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิติ แต่จากการทบทวนสมรรถนะการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยยังพบรายงานความเสี่ยงที่เกิดความผิดพลาดจากการผ่าตัดจำนวน 152,017 เรื่อง[11]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผลการวิจัยที่พบว่าแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นช่วยลดอัตราการเกิดภาวะสมองขาดเลือดและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12] การเน้นพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ ECMO หลังการผ่าตัดหัวใจ ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของโรงพยาบาลสกลนครที่เน้นพัฒนาบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดหัวใจ พบว่า ทำให้มีการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจน[13]

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ระดับ 700 เตียง เพื่อตอบสนองนโยบาย Excellent Center ตาม Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสระบุรีมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2565, 2566 และ 2567 เป็นจำนวน 6, 78 และ 103 คน ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (CABG และลิ้นหัวใจ) เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2565, 2566 และ 2567 เป็นจำนวน 0, 9 และ 42 คน ตามลำดับ[14] จากจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นและเพื่อตอบสนองนโยบายสู่องค์กรแห่งความเป็นเลิศ ทีมห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรีจึงมีการขยายบริการ และพัฒนาขีดความสามารถในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart) ได้สำเร็จในปี พ.ศ.2565 มีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยการส่งอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 1 คน และหลักสูตรการพยาบาลห้องผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือดระยะสั้น 1 เดือน จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 11 คน หลังจากนั้นได้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีสมรรถนะตามที่คาดหวังมีเพียง 2 คน คิดเป็น 18.18% ประกอบกับการพยาบาลห้องผ่าตัดยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีมาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (social cognitive theory) ร่วมกับการนิเทศควบคุมการปฏิบัติด้วยการโค้ช (coaching)

เพื่อทำให้ผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council; NHMRC, 2022)[15] และทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (social cognitive theory) (Bandura, 1986)[16] ร่วมกับการนิเทศ ควบคุมการปฏิบัติด้วยการโค้ช (coaching) (Spross, 2009)[19] เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาที่รพ.สระบุรี และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระหว่างเดือนมกราคม2565 กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสระบุรีในช่วงเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (purpose sampling) จำนวน 38 คน กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้ จำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น) และกลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบการดูแลตามปกติ) กลุ่มละ 40 คน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คำนวณโดยใช้โปรมแกรมสำเร็จรูป STATA คำนวณ Effect side จากงานวิจัยที่ผ่านมาของ รัชฎา พูนปริญญา, อรพิน อำพล และ ณัฐนันท์ วิโย[7] ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและประเมินผลลัพธ์การนำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปใช้ สูตรการคำนวณ two sample independent proportion test แต่เผื่อ drop out ร้อยละ 10 สุดท้ายเก็บกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละจำนวน เท่ากับ 40 คน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ 40 คน และกลุ่มที่ให้การดุแลตามแนวปฏิบัติฯ

เกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าศึกษา คือ 1) ผู้ป่วย ที่จะเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่วางแผนไว้ล่วงหน้า (elective case) 2) ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรีเป็นเวลาอย่างน้อย 48 ชั่วโมง และเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออก คือ ผู้ป่วยเสียชีวิต จำหน่าย ย้ายไปรักษาที่อื่น หรือ มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องสิ้นสุดการวิจัยก่อนครบเวลา 48 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่เข้ารับการรักษาที่งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี

โดยพิจารณาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทบทวนมาใช้เป็นแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับความชำนาญทางคลินิกของพยาบาลปฏิบัติการและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานให้มีคุณภาพ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 – 30 เมษายน 2568 ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน สถานที่ดำเนินการวิจัย งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่ง การศึกษาเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

<u>ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ</u>

ขั้นตอนที่ 1

1.1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2565-2567 สรุปข้อมูลปัญหาจากการอภิปรายและแนวทางข้อเสนอแนะ และกำหนดรายละเอียดการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล_จากผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

1.2 ศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2. การพัฒนาแนวปฏิบัติ

โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2022) 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตแนวปฏิบัติพัฒนาหมวดการพยาบาล 4 หมวด คือ หมวดที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมวดที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ บทบาท scrub nurse บทบาท circulating nurse หมวดที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมวดที่ 4 การวางแผนจำหน่าย

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นหัวหน้างานห้องผ่าตัด มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดมากกว่า 30 ปี พยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะทางด้านหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติคือ 1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฯ 2. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ฯ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ด้านผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และมีอายุงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ด้านผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดบายพาสหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting) CABG)

4. สืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ ตามแนวทางของสถาบัน The Joanna Briggs Institute 2014 (JBI, 2014) ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจำนวน 58 เรื่อง และคัดเลือกมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 30 เรื่อง

5. ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วยการพยาบาล 4 หมวด คือ หมวดที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมวดที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ บทบาท scrub nurse บทบาท circulating nurse หมวดที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมวดที่ 4 การวางแผนจำหน่าย

6. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก ผลตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพยาบาลโดยใช้ AGREE II AGREE II ได้เท่ากับร้อยละ 89.67

7. ทดลองใช้แนวปฏิบัติครั้งที่ 1 (1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568)

ขั้นตอนที่ 3. การนำแนวปฏิบัติ 4 หมวดไปดูแลผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 (1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568) กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงาน > 2 ปี จำนวน 38 คน และผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 4 คน โดยนำแนวปฏิบัติไปใช้ดูแล

ผู้ป่วยในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 ผลจากการนำไปใช้ 1. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีความวิตกกังวล เครียด กลัวว่าจะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติไม่ครบถ้วนทุกข้อ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยก่อนการเข้าผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การจัดการเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 2. เนื้อหาของแนวปฏิบัติบางส่วนมีความยาว เข้าใจได้ยากการปรับปรุงแก้ไข เพิ่มความชัดเจนของแนวปฏิบัติ เรื่อง การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการเข้าผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และการจัดการเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และสรุปเนื้อหาให้เข้าใจง่ายขึ้น กระชับ

ครั้งที่ 2 (1 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2568) กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงาน > 2 ปี จำนวน 38 คน และผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 6 คน โดยนำแนวปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้ป่วยในวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2568 โดยมีการปรับปรุง ทบทวนและกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ครั้งที่ 1 และนำแนวคิดการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (social cognitive theory) โดยผู้วิจัยสอนสาธิต (model) ร่วมกับนิเทศกำกับด้วยการโค้ช (coaching) เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มีการเตรียมสอนพยาบาลชำนาญการ 1 คนและพยาบาลแกนนำ 2 คน ร่วมเป็นโค้ช

หลังจากได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ (ปรับปรุงครั้งที่ 2) และนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่ม และใช้แนวคิดการเรียนรู้ปัญญาสังคมในการช่วยสร้างความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติ ดังนี้ 1. พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจแนวปฏิบัติ และมีความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 2. พยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งต้องการความรู้เพิ่มเติม ต้องการรับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาล CVT เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น 3. พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าหากมีภาพประกอบเครื่องมือ ภาพสีที่ชัดเจนจะทำให้ใช้งานได้ง่าย สะดวกขึ้น การปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะการเพิ่มรายละเอียดของการเตรียมผ่าตัด เครื่องมือ ภาพชุดเครื่องมือ และเพิ่มความรู้ด้าน CVT (พยาบาล CVT ให้ความรู้) ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลสระบุรี

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วย 4 หมวด ดังนี้ 1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินสภาพทั่วไป การประเมินร่างกายตามระบบ และการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด 2. การพยาบาลระยะผ่าตัด การดูแลของ Scrub nurse ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เครื่องมือ และเครื่องผ้า การช่วยเหลือแพทย์ขณะผ่าตัดและการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปห้องฟักฟื้น การดูแลของ Circulating nurse ประกอบด้วย การประสานทีมผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วย เครื่องมือ และเครื่องผ้า รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบนอก การดูแลความสุขสบายและการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย การดูแลขณะเคลื่อนย้ายให้ปลอดภัย การประเมินภาวะแทรกซ้อนในภาวะวิกฤต 4. การวางแผนจำหน่าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง

<u>ระยะที่ 2 การประเมินผล</u>

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ

ประเมินผลหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ มี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ผู้ให้บริการ คือ ความรู้ สมรรถนะของ

พยาบาลวิชาชีพ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ 2) คุณภาพบริการ ได้แก่ อัตราการเสียเลือดหลังผ่าตัด การเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม การติดเชื้อของแผลผ่าตัด อัตราการเสียชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติ3) องค์กร ได้แก่ ค่ารักษา และจำนวนวันนอนเฉลี่ยใน ICU ของผู้ป่วยจำนวน 40 คน ที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ตั้งแต่ 3 มกราคม 2568 ถึง 30 เมษายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติค่า IOC เฉลี่ย 0.93 2) คู่มือแนวปฏิบัติ ประเมินคุณภาพโดย AGREE II ได้ร้อยละ 89.67 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ ที่สร้างขึ้น 22 ข้อ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.81 2) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการใช้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่สร้างขึ้น 22 ข้อ แบ่งงเป็น 5 ระดับ ทักษะมากที่สุด – น้อยที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 3) แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ 10 ข้อ 5 ตัวเลือก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 4) แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ 6 ด้าน รวม 13 ข้อ 5 ตัวเลือก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและผู้ป่วย รวมทั้งความคิดเห็นของพยาบาลห้องผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่าพิสัย ใช้สถิติ paired t- test เปรียบเทียบ คะแนนความรู้ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและ Chi-sqaure test เปรียบเทียบอัตราการเสียเลือดหลังผ่าตัด อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด อัตราการเสียชีวิต และใช้สถิติ independent t- test เปรียบเทียบ ค่ารักษา และจำนวนวันนอนเฉลี่ยใน ICU โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ EC001/2568 วันที่ 3 มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร นำเสนอและรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการศึกษา

พยาบาลวิชาชีพ 38 คน เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 92.11 อายุอยู่ระหว่าง 25 ถึง 58 ปี เฉลี่ย 37.4 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ทำงานในด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 71.06 มีการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและทรวงอก จำนวน ร้อยละ 2.63

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายทั้ง 2 กลุ่ม อายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.43 และ 62.43 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 60 และมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรค ร้อยละ 37.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด CABG

รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วย 4 หมวด ดังนี้ (1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ การให้

ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินสภาพทั่วไป การประเมินร่างกายตามระบบ และการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (2) การพยาบาลระยะผ่าตัด การดูแลของ Scrub nurse ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เครื่องมือ และเครื่องผ้า การช่วยเหลือแพทย์ขณะผ่าตัดและการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปห้องฟักฟื้น การดูแลของ Circulating nurse ประกอบด้วย การประสานทีมผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วย เครื่องมือ และเครื่องผ้า รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบนอก การดูแลความสุขสบายและการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย การดูแลขณะเคลื่อนย้ายให้ปลอดภัย การประเมินภาวะแทรกซ้อนในภาวะวิกฤต (4) การวางแผนจำหน่าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง

2. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลสระบุรี ได้ผลดังนี้ (1) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 16.05, SD 2.30 หลังการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 19.53, SD 1.45 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 16.39, SD 1.59 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะหลังใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 20.16 SD 1.31 คะแนนเฉลี่ยหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่ทำได้คะแนนน้อย คือ การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการเข้าผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และการจัดการเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

(2) ด้านคุณภาพบริการ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติโดยรวมทั้ง 10 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (mean = 4.21, SD = .619)

ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ประเมินระดับดี คิดเป็นร้อยละ 85.40 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าผู้ป่วย มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ด้านความพร้อมในการดูแลและด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ร้อยละ 89 และ97.80 ตามลำดับและพบว่า ทุกตัวชี้วัดมีแนวโน้มดีขึ้น

(3) ด้านองค์กร ผลลัพธ์ด้านองค์กร ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าทุกตัวชี้วัดมีแนวโน้มดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำไปปฏิบัติได้ มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 4 หมวด ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสระบุรี พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลได้รับความรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแล รวมทั้งมีคู่มือที่ครอบคลุมและชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถตัดสินใจในการประเมินและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎา พูนปริญญา[7] กล่าวว่า การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดสมรรถนะพยาบาลที่จำเป็น แนวทางการพัฒนาและจัดทำแบบประเมินสมรรถนะ จากการวิจัยที่ใช้หลักการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบมีการปรับปรุงจนเกิดเป็นรูปแบบที่เหมาะสม สามารถใช้ได้จริงและนำไปสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอื่นๆได้

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 3 ปี และกลุ่มที่ไม่เคยอบรมเฉพาะทาง เนื่องจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการเริ่มขยายงานและเปิดให้บริการใหม่ ในการนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ จัดให้มีการสอนและสาธิตและการฝึกปฏิบัติย้อนกลับเพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้ลงมือปฏิบัติจริง สอดคล้องกับ บันดูรา[16] ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต หรือการเลียนแบบจากต้นแบบ (modeling) และมีการฝึกปฏิบัติย้อนกลับในเรื่องที่ยังปฏิบัติได้ไม่ดีหรือเรื่องที่ยังไม่เข้าใจ รวมทั้งการให้ความรู้และอธิบายให้เข้าใจเป็นอย่างดีก่อน อีกทั้งการจัดเตรียม คู่มือปฏิบัติ และแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ไว้ให้สามารถหยิบใช้ได้สะดวกในหน่วยงาน เปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรินทร์ ชัยมานะการและคณะ[17] ที่นำการเรียนรู้แบบโค้ชมาใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัดพบว่าช่วยพัฒนาความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นตาและจอประสาทตา ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีทักษะในการปฏิบัติงานครบทุกขั้นตอน ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถพยาบาล ห้องผ่าตัดอยู่ในระดับมากและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล อยู่ในระดับมาก

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าแนวปฏิบัติสามารถช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างถูกต้องครอบคลุม เกิดความมั่นใจ และมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากทีมผู้วิจัยใช้แนวคิดทางการเรียนรู้ปัญญาสังคม โดยการสอนสาธิต ร่วมกับหลักการโค้ช ด้วยการเตรียมพยาบาลผู้ช่วยวิจัยร่วมเป็นผู้โค้ชจำนวน 3 คน ร่วมทีมในการกระตุ้น ให้พยาบาลเกิดการแสวงหาความรู้ การเรียนรู้และฝึกฝน จะทำให้การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับมีความถูกต้องและมีความต่อเนื่องสอดคล้องกัน สุทินา วงศ์ฉายา[18] กล่าวว่า การโค้ชเป็นกระบวนการที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิมอย่างเป็นระบบ สามารถตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาผู้ถูกโค้ชได้อย่างตรงความคาดหวัง ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความรู้และทักษะด้วยตนเองภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการโค้ชจึงถูกส่งเสริมให้เกิดความรู้ที่ถูกต้อง ได้รับการพัฒนาในส่วนที่เกิดบกพร่อง เกิดการต่อยอดความรู้ไปสู่ทักษะที่ถูกต้องด้วยตนเอง

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในระดับมาก เนื่องจากแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดประโยชน์ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และทำให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวัลย์ ศรีพิพัฒน์กุล[19] พบว่าพยาบาลพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม ที่พัฒนาในระดับมาก ที่สำคัญผู้ป่วยพึงพอใจ ต่อการให้การพยาบาลมากที่สุด เนื่องพยาบาลทีมห้องผ่าตัดวางแผนเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยประเมินความพร้อมในวันก่อนผ่าตัด และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด

3. ด้านคุณภาพบริการ พบว่า อัตราการเสียเลือดหลังผ่าตัดลดลง เนื่องจากพยาบาลมีความรู้และ

ทักษะในการประเมินความเสี่ยง และวางแผนร่วมกันเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดการเสียเลือดรุนแรงหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของวีกุญญา ลือเลื่อง[20] พบว่าการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทำให้จำนวนการผ่าตัดซ้ำเพื่อรักษาภาวะเสียเลือดลดลงจากร้อยละ 23.33 เหลือร้อยละ 6.66 เนื่องจากมีแนวทางและนำแนวทางมาทดลองใช้และนำไปปรับปรุงแก้ไข จนได้แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด คาดการณ์ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และวางแผนในการจัดการดูแลอย่างเหมาะสม

การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ลดลงเนื่องจากความต่อเนื่องของการดูแลของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดด้วยการให้ข้อมูล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการเตรียมผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลมีสมรรถนะในการประเมิน และเฝ้าระวัง วางแผนการดูแลให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี คำอูและกาญจนา วิเชียร[21] ที่ศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พัฒนาขึ้นได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดโดยจัดรูปแบบการให้คำปรึกษา ให้ความรู้และเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด one stop service โดยทีมสหสาขา การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลักการให้คำปรึกษาและติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์ การมีแนวทางการรับปรึกษาผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีอาการทรุดลงทั้งที่ขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัดหรือมีผลเลือดผิดปกติ ต้องเจาะเลือดติดตามอาการที่ โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดถูกต้อง เพิ่มขึ้นทั้งในเรื่องการงดยาละลายลิ่มเลือด การเตรียมสุขภาพช่องปาก การอดบุหรี่ ซึ่งการ เตรียมผู้ป่วยและตรวจสอบการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง อัตราการเลื่อน ผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมจึงลดลง

อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติทำให้อัตราการติดเชื้อลดลง เนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดมีการดูแลตามมาตรฐานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการส่งต่อการดูแลเป็นระบบ ตามแนวปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ คุปวานิชพงษ์[22] ที่ศึกษารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลตำแหน่งผ่าตัด พบว่ามีอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ลดลงหลังการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกัน การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติการ พยาบาลที่เข้ากับบริบทของกิจกรรมพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะได้อย่างครอบคลุม เพราะระบบการดูแลที่เน้นทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในการป้องกันและสามารถลดอัตราการติดเชื้อและลดจำนวนวันที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

อัตราการเสียชีวิต พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติลดลงจากร้อยละ 15 เหลือร้อยละ 7.5 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติอาจมี การทำหน้าที่ของร่างกายที่มีความล้มเหลวในแต่ละระบบ เช่น การสูญเสียเลือดมาก การมีระดับ น้ำตาลในเลือดสูง และการมีระดับแมกนีเซียมในเลือดสูง มีผลต่อการเกิดภาวะการทำหน้าที่ผิดปกติของอวัยวะ หลายระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนี ผิวผ่อง[23] ที่กล่าวว่าภายหลังการผ่าตัดการใช้เครื่องหัวใจและ ปอดเทียมทำให้เกิดการทำงานของเกร็ดเลือดเสียหน้าที่ และจำนวนของเกร็ดเลือดลดลงจากการใช้ heparin การลดอุณหภูมิกายการใช้ prime solution และการตอบสนองต่อการอักเสบ (systemic inflammatory response syndrome: SIRS) เมื่อร่างกายตอบสนอง

ต่อภาวะเครียดจาก การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อระหว่างการผ่าตัด และการ ลดลงของอุณหภูมิกายระหว่างการใช้เครื่องหัวใจ และปอดเทียม จะกระตุ้นการทำงานของสมองส่วน hypothalamus ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอื่นๆ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ที่มีระดับแมกนีเซียมสูงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะ ภาวะ low cardiac output ซึ่งเหนี่ยวนำให้เกิดความล้มเหลวของการทำหน้าที่ของหัวใจ การไหลเวียนและอวัยวะที่สำคัญอื่นๆ ได้ในเวลาต่อมา และมีการเพิ่มทักษะในการการปฏิบัติการพยาบาลมีผลต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดร่วมด้วย รัชนี ผิวผ่อง[23] กล่าวว่า พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการตรวจและติดตามผลการตรวจสัดส่วนการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ค่าการแข็งตัวของเลือดหลังผ่าตัด และควรสร้างแนวปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะเลือดออกรุนแรงหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และศึกษาถึงสมรรถนะด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีผลต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดร่วมด้วย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านความพร้อมในการดูแลและด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพคิดเป็น ร้อยละ 89 และ 97.80 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวัลย์ ศรีพิพัฒนกุล[19] พบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหัวใจมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดวางแผนเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย ประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด และประเมินความพร้อมในวันก่อนผ่าตัด และติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสื่อสารแผนการรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกัน

4. ด้านองค์กร พบว่า ค่ารักษา และจำนวนวันนอนเฉลี่ยใน ICU หลังใช้แนวปฏิบัติลดลง แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ นำไปใช้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง ผู้ป่วยฟื้นระยะวิกฤต และย้ายออกจาก ICU เร็วขึ้น จำนวนวันนอนใน ICU เฉลี่ยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ มีสุข[24] ที่ศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีการออกแบบอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า มีจำนวนวันของการรักษาใน ICU น้อยกว่า 5 วัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.67 เป็นร้อยละ 53.34 เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ เช่น ได้รับการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้โดยการเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่ไปเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการก่อนเตรียมผ่าตัด มีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการ วางแผนจำหน่าย พยาบาลมีการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องขณะนอนโรงพยาบาลและมีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายและสอดคล้องกับงานวิจัยของ วีกุญญา ลือเลื่อง[20] ที่ทำการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากวันนอนเฉลี่ย 14.70 วัน ลดลงเหลือ 11.50 วัน แต่ถึงแม้การเปรียบเทียบทางสถิติของผลลัพธ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากความรู้และทักษะโดยทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมร่วมกับการนิเทศควบคุมการปฏิบัติด้วยการโค้ช สอดคล้องกับการศึกษาของปริศนา วะสี[25] พบว่าค่ารักษา ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติมาใช้ ในการคนหาภาวะแทรกซ้อนที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้นสงผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและแกไขปญหาครอบคลุมตามมา จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่อาจจะเพิ่มขึ้นตามมา อย่างไรก็จากผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการข้างต้น พบว่าเนื่องจากหลังการใช้

แนวปฏิบัติฯ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า เกิดการฟื้นตัวที่เร็วกว่า จากการเสียเลือดน้อย การได้รับยาสลบน้อยในขณะผ่าตัด จึงส่งผลให้จำนวนวันในโรงพยาบาลลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดแยกแต่ละชนิด และควรนำแบบประเมิน SOFA score มาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อประเมินภาวะการทำหน้าที่ผิดปกติของอวัยวะหลายระบบ

2. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่ดูแลผู้ป่วยลักษณะเดียวกัน ในเครือข่ายจังหวัดสระบุรี เขตสุขภาพที่ 4 และจังหวัดอื่นๆ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ส่งผลให้มีความต่อเนื่องและการพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพดียิ่งขึ้น ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดวันนอน และส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

3. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเหล่านั้นให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วรรณิภา เสนุภัย, พนิดา เตชะโต, สิริพร ดำน้อย. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 11, 104-16.
2. Rodgers, J. L., Jones, J., Bolleddu, S. I., Vanthenapalli, S., Rodgers, L. E., Shah, K. et al. (2019). Cardiovascular risks associated with gender and aging. Journal of Cardiovascular Development and Disease, 6(2), 19.
3. Saffitz, J. E. (2008). The heart. In R. Rubin (Ed.), Rubin's pathology clinicopathologic of medicine (5th ed.). 427-481. Lippincott Williams & Wilkins.
4. ปัณณทัต บนขุนทด และคณะ. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในตาบลอิสาณ อาเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38(3), 617-625
5. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. (2005). Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation. https://www.ahajournals.org/doi/10. 1161/circulationaha.109.192065
6. Haxhi beqiri, Karabdic I, Hasanovic A, Kabil E, Straus S. (2014). Improvement of ejection fraction after coronary artery bypass grafting surgery in patients with impaired left ventricular function. Med Arch, 68(5), 332-34.
7. รัชฎา พูนปริญญา, อรพิน อำพล, ณัฐนันท์ วิโย. (2565). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(2), 521-530.
8. เกศศิริ วงษ์คงคำ. (2559). การพยาบาลศัลยศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2554). สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด. พิมพลักษณ์.
10. วีรนุช นุช ไตรรัตโนภาส, อรวรรณ ศิริองอาจ. (2564). ดูแลอย่างไรให้ปลอดภัยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 27(1), 110-120.
11. National Health and Medical Research Council. (2023). National Health and Medical Research Council Annual Report 2022–23, Bio text Pty Ltd.

12. นวรัตน์ สุทธิพงศ์และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่รับประทานยาวอร์ฟาริน สถาบันโรคทรวงอก. https://www.ccit.go.th/ document upload/research/56_4.pdf.
13. Poonpriya R, Ampol O, Wiyo N. (2022). The Development of Nursing Services for Patients with Coronary Artery Bypass Graft at Sakon Nakhon Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurse, 23(2), 521-30.
14. เวชระเบียนโรงพยาบาลสระบุรี. (2567). สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสระบุรี. โรงพยาบาลสระบุรี.
15. National Health and Medical Research Council (NHMRC). (1999). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm.
16. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
17. วัชรินทร์ ชัยมานะการ สมบุญ ชัยมานะการ ประกริต รัชวัตร์ และสุรีย์ จินเรือง และคณะ. (2559). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำวุ้นตาและจอประสาทตาด้วยการเรียนรู้แบบโค้ช โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกองการพยาบาล, 44, 92-116.
18. สุทินา วงศ์ฉายา. (2023). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส. Journal and Clinical Sciences, 31(2).
19. ทิพวัลย์ ศรีพิพัฒนกุล, สุวรรณี สร้อยสงค์, สุทิพา ใจสมัคร. (2562). การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัล. พุทธชินราชเวชสาร, 36(3), 282-95.
20. วีกุญญา ลือเลื่อง. (2565). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี. http:// r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20200921063447.pdf.
21. ศิราณี คำอู, กาญจนา วิเชียร. (2564). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 509-520.
22. วันทนีย์ คุปวานิชพงษ์, อรดี ตอวิวัฒน์, วารุณี กุลราช, สุลักขณา จันทวีสุข. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจไมตรัลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32(1), 258-273.
23. รัชนี ผิวผ่อง, ณรงค์กร ชัยวงศ์, เพิ่มพูล บุญมี, เยี่ยม คงเรืองราช, นงนุช หอมเนียม, สุนิสา สอนวิชา. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 12(1), 16.
24. เบญจมาศ มีสุข, ทรงศักดิ์ จำปาแพง, เทวัญ ราชวัตร, คัมย์ผกา บู่อินทร์, เจษฎา เนียมโต. (2567). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. .https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2567/research/MA2567-005-01-0000001497-0000001500.pdf
25. ปริศนา วะสีมยุรฉัตรและคณะ. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยใชรูปแบบผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา, 19(1), 27-39.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

Factors related to oral health care behavior of village public health, Kantang district,Trang province.

(Received: June 7,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

ขวัญจิรา บุญเดช[1] จันทร์จารี เกตุมาโร[2]
Khwanjira Boondech[1] Chanjaree Getmaro[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้วิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน เครื่องมือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 36 – 45 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000 – 15,000 บาท ประสบการณ์การเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า โดยภาพรวมมีการรับรู้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง (M = 4.17, SD = 0.47) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยนำอยู่ในระดับสูง (M = 3.82, SD = 0.51) ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง (M = 4.41, SD = 0.59) และปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 4.29, SD = 0.62) ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองโดยภาพรวมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับสูง (M = 4.04, SD = 0.54) และพบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรังโดยภาพรวมมีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมาก (r = 0.797** , p-value 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

Abstract

This study was a descriptive cross-sectional research aimed at investigating personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and self-oral health care behaviors among village health volunteers in Kantang District, Trang Province. The study also examined the relationship between predisposing, enabling, and reinforcing factors and self-oral health care behaviors among the volunteers. The sample consisted of 205 participants. The research instrument was a questionnaire divided into three parts: Part 1 – personal factors; Part

[1] นักศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง Corresponding Author: Khwanjira Boondech E-mail address: 6624782238@rumail.ru.ac.th
[2] รองศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

2 – predisposing, enabling, and reinforcing factors; and Part 3 – self-oral health care behavior. The questionnaire had a reliability coefficient of 0.98. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient, with a significance level set at 0.05.

The results showed that most of the village health volunteers were female, aged between 36–45 years, married, with the highest education level being upper secondary school/vocational certificate. Most families had an average monthly income between 10,000–15,000 baht, and most volunteers had 1–5 years of experience. Overall, the participants had a high level of perception of predisposing, enabling, and reinforcing factors (M = 4.17, SD = 0.47). Specifically, predisposing factors were at a high level (M = 3.82, SD = 0.51), enabling factors were high (M = 4.41, SD = 0.59), and reinforcing factors were moderate (M = 4.29, SD = 0.62). The overall level of self-oral health care behavior was high (M = 4.04, SD = 0.54). Furthermore, there was a statistically significant and very high correlation between predisposing, enabling, and reinforcing factors and self-oral health care behaviors (r = 0.797**, p = 0.001) with a significance level set at 0.05

Keywords: Village health volunteers, Self-oral health care behavior

บทนำ

รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 กลุ่มวัยทำงานอายุ 35 - 44 ปี ปัญหาหลักที่พบคือการสูญเสียฟัน โดยพบวัยทำงานมีการสูญเสียฟันร้อยละ 83.9 เฉลี่ย 3.5 ซี่ต่อคน และมีภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 81.0 โดยร้อยละ 51.8 เกิดร่วมกับหินน้ำลายส่วนโรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายอวัยวะปริทันต์เกิดเป็นร่องลึกปริทันต์พบร้อยละ 32.6 มีรากฟันเผยผึ่ง ร้อยละ 67.1 เฉลี่ย 9.1 ซี่ต่อคน ค่าดัชนีรากฟันผุอุด (Root caries index) ร้อยละ 28.5 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ที่พบรากฟันเผยผึ่งร้อยละ 57.1 เฉลี่ย 5.9 ซี่ต่อคน และ พบความชุกของโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รักษาร้อยละ 52.9 เฉลี่ย 1.6 ซี่ต่อคน โดยพบความชุกในภาคกลางและภาคใต้มากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเมื่อพิจารณาความจำเป็นในการรับการป้องกันรักษา ตามสภาวะโรคฟันผุและการสูญเสียฟันพบว่าวัยทำงานต้องได้รับการอุดฟันร้อยละ 80.9 และจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนร้อยละ 41.5 สัดส่วนประชากรกลุ่มวัยทำงานที่เคยรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ลดลงจากร้อยละ 42.3 ในการสำรวจครั้งที่ 8 เป็นร้อยละ33.4 เฉลี่ยคนละ 1.7 ครั้ง ด้วยเหตุผลหลักคือ รู้สึกมีความผิดปกติร้อยละ 44.0 และต้องการตรวจสุขภาพช่องปากโดยยังไม่มีอาการร้อยละ 29.6

สุขภาพช่องปากโดยรวมของประชาชนในจังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุมีอัตราฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 78.21 และ 50.40 ตามลำดับ มีอัตราฟันหลังใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) ร้อยละ 28.80 และ 13.50 ตามลำดับ และมีอัตราฟันแท้ใช้งานได้ ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และฟันหลังใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 32.42 และ 13.50 ตามลำดับ[1]

สุขภาพช่องปากโดยรวมของประชาชนในอำเภอกันตัง พบว่า กลุ่มก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุมีอัตราฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 64.96 และ 31.98 ตามลำดับ มีอัตราฟันหลังใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) ร้อยละ 34.19 และ 27.93 ตามลำดับ และมีอัตราฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และฟันหลังใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 29.40 และ 13.66 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยเมื่อเทียบกับสุขภาพช่องปากโดยรวมของอำเภอกันตัง พบว่า มีอัตราฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ อัตราฟันหลังใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) อัตราฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อย

กว่า 20 ซี่ และฟันหลังใช้งาน ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ โดยฟันที่เหลือใช้งานได้น้อยกว่าระดับประเทศและระดับจังหวัด ตามลำดับ ทำให้เห็นถึงปัญหาที่เกี่ยวเนื่องไปถึงปัญหาทันตสุขภาพในระดับเบื้องต้นของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน[1]

อาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีบทบาทความสำคัญในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งรวมไปถึงเรื่องสุขภาพช่องปากโดยเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพเชิงรุกเป็นนักพัฒนานักวิเคราะห์และวางแผนสุขภาพชุมชนให้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตพร้อมกับเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาครัฐและกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน อสม. มีบทบาทด้านการดูแลสุขภาพช่องปากโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวข้องกับช่องปากเช่นฟันผุเหงือกอักเสบแนะนำการเลือกแปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมการตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขกระตุ้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางทันตกรรมรวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับคนในชุมชน[2]

จากเหตุผลที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุภาพช่องปากของตนเองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้วางแผนส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ให้มีภาวะทันตสุขภาพที่ดี กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ได้ตระหนักถึงการดูแลทันตสุขภาพมากขึ้น ใช้เป็นข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขเพื่อป้องกัน ส่งเสริม และแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 1,588 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 ตำบล ในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ตำบลบ่อน้ำร้อน ตำบลบางเป้า และตำบลโคกยาง จำนวน 440 คน จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Krejcie และ

Morgan[3] ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 205 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม จำนวน 38 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยการตรวจสอบเครื่องมือในครั้งนี้พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอปะเหลียน จำนวน 30 คน หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความเชื่อมั่น(Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาด (Cronbach's Alpha coefficient) จากการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจริง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดในการตอบแบบสอบถามแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม เมื่อเก็บข้อมูลครบแล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง SCPHYLIRB-2568/228

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 77.10 และเพศหญิง 47 คน คิดเป็นร้อยละ 22.90 คน มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 36 – 45 ปี จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 49. ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 50.20 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 – 15,000 บาท จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 39.50 จำแนกตามประสบการณ์การเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 63.40

2. กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีการรับรู้ปัจจัยนำโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.82, SD = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ อยู่ในระดับสูง (M = 4.55, SD = 0.54) ด้านการรับรู้ความรุนแรง

ของโรคฟันผุและโรคปริทันต์ อยู่ในระดับสูง (M = 4.54,SD = 0.51) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง (M = 4.44, SD = 0.57) และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.75, SD = 0.51)

3. กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีการรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการและการมีอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.41, SD = 0.59) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงบริการทางทันตสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (M = 4.39, SD = 0.57) และด้านการมีอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับสูง (M = 4.42, SD = 0.67)

4. กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยภาพรวมมีการรับรู้ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง (M = 4.29, SD = 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลทันตสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง (M = 4.13, SD = 0.80) และด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (M = 4.45, SD = 0.55)

5. กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยภาพรวมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองอยู่ในระดับสูง (M = 4.04, SD = 0.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับสูง (M = 4.34, SD = 0.69) และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก (M = 3.73, SD = 0.48)

6. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยภาพรวมมีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมาก (r = 0.797** , p-value 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยนำมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r = 0.353**, p-value 0.001) ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในระดับสูงมาก (r = 0.761**, p-value 0.001) และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในระดับสูงมาก (r = 0.787**, p-value 0.001)

สรุปและอภิปรายผล

สมมติฐานปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จากการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 (r = 0.797** , p-value 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิตา ครองยุทธ และคณะ[4] ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการ ดูแลช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 6 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง [4] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ

จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การเข้ารับบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ผุดผ่อง[4] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแสดงให้เห็นแล้วว่าในแต่ละปัจจัยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไปและเมื่อพิจารณารายปัจจัยพบว่าปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุและโรคปริทันต์ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองนั้นนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ แย้มสี, สุภาเพ่งพิศ และ อิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ จันทร์ส่องสุข[5] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6 พบว่าปัจจัยนำด้านรับรู้ปัญหาทันตสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ของ อสม. ปัจจัยอื้อด้านการเข้าถึงบริการทางทันตสุขภาพและโรคปริทันต์ และด้านการมีอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุญญพัฒน์ วิฒเนศรังสรรค์,วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์,ภานุวัฒน์ ศรีโยธา,กลวัชร บุตรี และคณาธิป ศลาฒินหิรัณยกุล[6] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.011, 0.024 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าหากมีอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปากที่ดีและเพียงพอ รวมทั้งความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมอาจนำไปสู่แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลทันตสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุญญพัฒน์ วิฒเนศรังสรรค์,วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์,ภานุวัฒน์ ศรีโยธา, กลวัชร บุตรี และคณาธิป ศลาฒินหิรัณยกุล[6] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ อสม. พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.020 และ 0.003 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าหากได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือคนรอบข้างที่ดีจะมีพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองที่ดีไปด้วยและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยนำ พบว่าด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้หรือกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเอาชนะอุปสรรค เช่น ขาดเวลา ขาดความรู้ หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ปัจจัยเอื้อ การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับสูง แต่เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเข้าถึงทุกกลุ่มควรมีการแจกจ่ายอุปกรณ์ เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟันไหมขัดฟัน อย่างสม่ำเสมอ หรือมีการสาธิตวิธีใช้ในพื้นที่ชนบท

3. ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีบทบาทสำคัญ จึงควรส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม เช่น การอบรมเป็นกลุ่ม การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากคณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องหลายท่านอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จารี เกตุมาโร อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้คำแนะนำ ติดตามตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้อย่างดีตลอดมาจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช สำราญจิตต์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง อาจารย์ ดร.มิ่งขวัญ ศิริโชติ อาจารย์ประจำประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และนางสาวภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร หัวหน้าหน่วยหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ที่กรุณาให้เกียรติเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการประสานงานต่างๆ เสมอมาตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา

ขอบพระคุณบิดามารดาพี่น้อง และผู้เป็นที่รักที่ช่วยเป็นกำลังใจสำคัญและให้ความช่วยเหลือเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งผู้บริหาร พี่ๆ และเพื่อนร่วมงานวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ที่กรุณาและสละเวลาในการให้ข้อมูลสำคัญและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ.2566-2580 (พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
2. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (2554). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128. ตอนพิเศษ 33 ง. หน้า 1-10.

3. ถาวร มาต้น และ สาโรจน์ นาคจู. (2567). ระเบียบวิธีวิจัยทางสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, คณะสาธารณสุขศาสตร์.
4. สุภาพร ผุดผ่อง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในอำเภอม่วงสามสิบจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2563; 4(1): 101-19.
5. ปาริชาติ แย้มสี, สุภา เพ่งพิศ และอิสรีย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ จันทร์ส่องสุข (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6. วารสารทันตาภิบาล, 35(2), 98 - 1083.
6. ปุญญพัฒน์ วิฒเนศรังสรรค์, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, ภานุวัฒน์ศรีโยธา,กลวัชร บุตรีและ คณาธิป ศลาฒินหิรัณยกุล (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารทันตาภิบาล, 35(2), 24 – 36

ปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย

Factors affecting clean air shelter operations in the child development center under the local administrative organizations in Sukhothai province.

(Received: June 9,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

สุภาวดี หล่อประดิษฐ์[1] ธีรพล หล่อประดิษฐ์[2]
Supawadee Lopradit [1] Theeraphon Lopradit[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือรักษาการแทนหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย จำนวน 136 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567 ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Stepwise

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ร่วมพยากรณ์ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (β = 2.392, p-value < 0.001) ด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ (β = 0.353, p-value < 0.001) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น อุปกรณ์ (β = - 0.182, p-value = 0.023) และการรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น อุปกรณ์ (β = - 0.106, p-value = 0.026) โดยสามารถร่วมกันทำนาย ได้ร้อยละ 93.1

คำสำคัญ : ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่น, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate factors influencing the capacity to establish dust-free rooms in child development centers under local administrative organizations in Sukhothai Province, Thailand. The sample consisted of 136 heads or acting heads of child development centers affiliated with local administrative organizations. Data were collected between May 1 and June 30, 2024, using a structured questionnaire that was validated for content validity and reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysis.

The results revealed that four factors significantly predicted the capacity to establish dust-free rooms: perceived severity of health impacts on young children from PM2.5 (β = 2.392, p < 0.001), adequacy of budget and materials (β = 0.353, p < 0.001), knowledge and understanding of dust-free room standards (β = -0.182, p = 0.023), and perceived obstacles to implementation (β = -0.106, p = 0.026). These variables collectively explained 93.1% of the variance in implementation capacity.

บทนำ

มลพิษทางอากาศเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญจากการปนเปื้อนของอากาศภายใน หรือภายนอกอาคารจากก๊าซ และอนุภาคของแข็งที่ทำให้อากาศเปลี่ยนแปลงไป โดยสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ฝุ่นละอองขนาด

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
[2] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

เล็ก (Particulate Matter – PM 2.5 และ PM 10) ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) โอโซน (O3) ผงเขม่าดำ (Black Carbon – BC) ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO2) และออกไซด์ของไนโตรเจน (NOx) ส่วนใหญ่เกิดจากการเผาผลาญของเครื่องยนต์ยานพาหนะ อุตสาหกรรม หรือไฟป่า ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เช่นการระคายเคืองตา จมูก และ ลำคอ การไอ การหายใจเสียงหวีด และการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันลึกลงไปถึงปอด หากได้รับสัมผัสมลพิษทางอากาศเป็นเวลานานจะนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ การกำเริบของโรคหอบหืดโรคหลอดลมอักเสบ หรือผลกระทบรุนแรงที่เรื้อรัง เช่นสมรรถภาพปอดลดลง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งปอด และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1,2]

ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ ปีละ 4.2 ล้านคน ซึ่งมากเป็น 3 เท่าของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและร้อยละ 88 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกตะวันตก [3] และยังเชื่อมโยงกับการเสียชีวิตของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีมากกว่า 700,000 คน และกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่สองของการเสียชีวิตของเด็กกลุ่มอายุนี้ ทั่วโลกรองจากภาวะทุพโภชนาการ[4] ประเทศไทยมีคุณภาพอากาศแย่เป็นอันดับที่ 36 ของโลก และอันดับที่ 5 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีค่าเฉลี่ยฝุ่นพิษ PM2.5 รายปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 28[5] เพิ่มสูงขึ้นในช่วงเดือนธันวาคม-มีนาคมของทุกปีในภาคเหนือรวมทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล[6] ส่งผลให้มีผู้ป่วยทั่วประเทศ ถึง 1,048,015 ราย แยกเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง 226,423 ราย โรคตาอักเสบ 357,104 ราย โรคผิวหนังอักเสบ 442,073 ราย โรคหืด 18,336 ราย หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4,051 ราย และการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ 28 ราย[7] จังหวัดสุโขทัย มีคุณภาพอากาศอยู่ในระดับเกินค่ามาตรฐาน ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 ในช่วงเดือน ตุลาคม – เมษายน ของทุกปี โดยค่าคุณภาพอากาศอยู่ในระดับเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ ไปจนถึงมีผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวนวันสูงขึ้นคือ 32 , 40, 121 วัน ตามลำดับ โดยค่าคุณภาพอากาศอยู่ในช่วง 50-211 ไมโครกรัม/ลูกบาศ์เมตร ส่งผลทำให้มีกระทบต่อสุขภาพของประชาชน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคตาอักเสบ และโรคผิวหนังอักเสบ พบมากในประชาชนกลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 510 ราย 544 ราย และ 1,072 ราย ตามลำดับ[8]

การศึกษาผลกระทบที่เกิดจากฝุ่นละอองของประชากรกลุ่มเด็ก พบว่าเด็ก อายุ 4 – 11 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดมีความสัมพันธ์กับมลพิษทางอากาศรายวัน ได้แก่ ฝุ่นละอองที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางอากาศพลศาสตร์น้อยกว่า 2.5 ไมโครเมตร ฝุ่นละอองที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางอากาศพลศาสตร์น้อยกว่า10 ไมโครเมตร คาร์บอนมอนอกไซด์ โอโซน (O_3) ไนโตรเจนไดออกไซด์ และซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_2)[9] และการศึกษาแหล่งมลพิษในอากาศภายในอาคาร พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืด โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหอบหืดในสภาพแวดล้อมในเมือง ได้แก่ ฝุ่นละออง (โดยเฉพาะอนุภาคขนาดใหญ่) ไนโตรเจนไดออกไซด์ และการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ในอากาศ[10] การพัฒนาขีดความสามารถให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงสุขภาพ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ คือการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี[11] ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น (Clean Air Shelter) เป็นมาตรการหนึ่งด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมา เพื่อลดโอกาสรับสัมผัสมลพิษทางอากาศภายในภาวะที่เกิดฝุ่นละอองสูงในบรรยากาศ เป็นการจัดพื้นที่หรือสถานที่ เช่น บ้านเรือน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือในชุมชนต่าง ๆ และมีมาตรการลดฝุ่นละอองในสถานที่นั้นให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ซึ่งเป้าหมายสำคัญ คือ การดูแลคุ้มครองสุขภาพของ

ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มทั่วไป มาตรการที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ การสื่อสารแจ้งเตือนให้ประชาชนป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพทั้งการเตรียมระบบบริการสุขภาพ การจัดคลินิกมลพิษ ทั้งการสนับสนุนให้มีหรือจัดสถานที่ทั้งบ้านเรือนหรือชุมชนที่ปลอดฝุ่น รวมทั้งการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง[12]

การที่จะทำให้บุคคลศักยภาพในการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้องกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง[13] เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคม บุคคลจะเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[14] รวมทั้งหากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสการป้องกันโรคที่ดี เนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลจะเสาะแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีคุณค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าตนเองถูกโรคคุกคาม และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังในการต่อต้านโรคนั้นได้ [15]

เด็กอายุ 0-5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ต้องได้รับการดูแลผู้ปกครองและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น พฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน แต่พบว่าการจัดทำห้องปลอดฝุ่นเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย ปี 2566 พบว่ามีเพียงจำนวน 1 แห่ง จากทั้งหมด 97 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.03 เท่านั้น[16] ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาวางแผนพัฒนาการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น รวมถึงวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือรักษาการแทนหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย จำนวน 207 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือรักษาการแทนหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย จำนวน 136 ราย และกำหนดตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยสุ่มจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือรักษาการแทนหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย[17] มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1. หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือรักษาการแทนหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย
2. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์คัดแยกออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

1.ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาในช่วงเก็บข้อมูล

2.แบบสอบถามไม่ได้ข้อมูลครบถ้วน

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) เสียชีวิต เจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) การศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 7) การจัดทำห้องปลอดฝุ่น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น จำนวน 18 ข้อ ประยุกต์จากการทบทวนทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของแคพแพลน[18] เป็นลักษณะเลือกตอบ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการรับรู้นโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค 5 ข้อ 3) ด้านการติดต่อสื่อสารและการให้คำปรึกษา จำนวน 4 ข้อ และ 4) ด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 4 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์[19]แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลางมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการจัดทำห้องปลอดฝุ่น[16] จำนวน 20 ข้อเป็นลักษณะเลือกตอบ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจต่อโอกาสในการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านความรู้ความเข้าใจต่อความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านความรู้ความเข้าใจต่อประโยชน์ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่น จำนวน 5 ข้อ 4) ความเข้าใจต่ออุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์[19] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ ร้อยละ 60 – 79ระดับปานกลางมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่น[20] จำนวน 13 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ ดำเนินการได้ ไม่แน่ใจ ไม่สามารถดำเนินการได้ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์[19]แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ ร้อยละ 60 – 79ระดับปานกลางมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ราย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานห้องปลอดฝุ่นศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานห้องปลอดฝุ่นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย 1 ท่าน และผู้แพทย์เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชกรรม 1 ท่าน โดยให้

ได้ค่า IOC ของข้อคำถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.71 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 3 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยผลการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยขอรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการดังนี้

1. นำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ถึง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง และ ท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ประสานกับผู้รับผิดชอบห้องปลอดฝุ่นของกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ ท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือรักษาการแทนหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย จำนวน 207 แห่ง เพื่อนำมาคัดเลือกการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

4. ประสานผู้รับผิดชอบงานห้องปลอดฝุ่นของสาธารณสุขอำเภอเพื่อประสานให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีกลุ่มเป้าหมาย ประชุมชี้แจง การตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

5. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จำนวน 136 ฉบับ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

6. ขั้นสรุปผลการดำเนินงานหลังการวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำข้อมูลไปสรุปอภิปรายผล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.42/2024 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.48/2024

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.38 มีอายุช่วงอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 49.26 อายุเฉลี่ย 46.17 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี มีสถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 80.88 จบการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 59.76 มีช่วงอายุการปฏิบัติงานมากที่สุด 5 – 9 ปี ร้อยละ 78.68 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากที่สุด 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.79 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.18 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานมากที่สุด 24 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยที่สุด 1 ปี ดำรงตำแหน่งรักษาการแทนหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากที่สุด ร้อยละ 79.41 และยังไม่มีการดำเนินการจัดทำห้องปลอดฝุ่นมากที่สุด ร้อยละ 75.74

2. แรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการจัดทำห้องปลอดฝุ่น และศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้นโยบายและ

มาตรการการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการติดต่อสื่อสารและการให้คาปรึกษาอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการจัดทำห้องปลอดฝุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่นอยู่ในระดับปานกลาง และมีศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในระดับปานกลาง

3. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการจัดทำห้องปลอดฝุ่น กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัยด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น (rs = 0.481, p > 0.001) ด้านการรับรู้นโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค (rs = - 0.476, p > 0.001) ด้านการติดต่อสื่อสารและการให้คาปรึกษา (rs = 0.486, p > 0.001) ด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ (rs = 0.580, p > 0.001) และการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก(rs = 0.957, p > 0.001) การรับรู้ประโยชน์ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก rs = - 0.961, p > 0.001) การรับรู้ประโยชน์ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (rs = - 0.957, p > 0.001) การรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น(rs = 0.194, p = 0.024) มีความสัมพันธ์กับกับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัย ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสุโขทัยดังตารางที่ 1

ผ

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระหว่าง อายุ แรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการจัดทำห้องปลอดฝุ่น กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย (n=136)

ตัวแปร	ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	
	Spearman's correlation (r_s)	p
อายุ	-0.047	0.586
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	-0.061	0.478
แรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น		
ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น	0.481	> 0.001**
ด้านการรับรู้นโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค	0.476	> 0.001**
ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น	0.486	> 0.001**
ด้านการรับรู้นโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค	0.580	> 0.001**
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการจัดทำห้องปลอดฝุ่น		

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระหว่าง อายุ แรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการจัดทำห้องปลอดฝุ่น กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย (n=136)

ตัวแปร	ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	
	Spearman's correlation (r_s)	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก	0.957	> 0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก	0.961	> 0.001**
การรับรู้ประโยชน์ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก	0.957	> 0.001**
การรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น	0.194	0.024*

*p-value < .05

4. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน การจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า เพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน การจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน การจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย (n=136)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคของของผู้สัมผัสร่วมบ้าน		
	Eta	F	p
เพศ	0.127	2.187	0.142
สถานภาพสมรส	0.070	0.218	0.884
วุฒิการศึกษาสูงสุด	0.333	1.406	0.178
ตำแหน่งปัจจุบัน	0.094	1.186	0.278
การจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	0.037	0.188	0.665

*p-value < .05

5. การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย พบว่า มีทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (β = 2.392, p-value < 0.001) ด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ (β = 0.353, p-value < 0.001) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น (β = -0.182, p-value < 0.023) การรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น (β = -0.106, p-value < 0.026)) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย (n = 156)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก	2.392	.932	33.538	>0.001*
ด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์	0.353	.157	3.618	>0.001*
ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น	-0.182	-.092	-2.295	.023
การรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น	-0.106	-.058	-2.256	.026
Constant (a) = 32.10 R Square = 0.931 Adjust R Square = 0.923 F = 444.07 P = >0.0001				

โดยสามารถร่วมกันทำนายศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยได้ ร้อยละ 93.10 โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย = 93.10 + 2.392 (การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก) + 0.353 (ด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์) -0.182 (ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น) -0.106(การรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย มีรายละเอียดดังนี้

1.สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่งปัจจุบัน และการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่นมีความสัมพันธ์ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย อธิบายได้ว่าเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกัน รวมถึงมีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ให้ไม่มีผลในการทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย

2.สมมติฐานข้อที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมแรงสนับสนุนทางสังคมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น ด้านการรับรู้นโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค ด้านการติดต่อสื่อสารและการให้คาปรึกษา และด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในขับเคลื่อนการดำเนินงานห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่นด้านการรับรู้นโยบายและมาตรการการป้องกันและควบคุมโรค ด้านการติดต่อสื่อสารและการให้คาปรึกษา และด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับเชิงบวกกับศักยภาพการจัดทำห้อง

ปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย คือ (rs = 0.481, p > 0.001) (rs = 0.476, p >0.001) (rs = 0.486, p >0.001)(rs = 0.580, p >0.001) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยได้รับการสนับสนุนในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นที่ดีจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น การสนับด้านความรู้ วัสดุอุปกรณ์ จะทำให้ห้องปลอดฝุ่นมีมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม[18] ที่ได้อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางด้านสังคม คือ สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ และ ความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละออง PM2.5 การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นละออง PM2.5 การจัดสภาพแวดล้อมในการป้องกันฝุ่นPM2.5 และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละออง ขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของประชาชนตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี[21]

3.สมมติฐานข้อที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการจัดทำห้องปลอดฝุ่น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก การรับรู้ประโยชน์ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก และการรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก การรับรู้ประโยชน์ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก และการรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย คือ (rs = 957, p >0.001) (rs = 0.961, p > 0.001) (rs = 0.957, p > 0.001) (rs = 0.194, p = >0.024) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของฝุ่นละอองขนาดเล็ก การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากรและเด็กเล็กที่มาเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมทั้งรับรู้ว่าการจัดจำห้องปลอดฝุ่นจะมีประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงคือ การลดการสัมผัสกับฝุ่นละอองขนาดเล็กที่เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระบบตา ระบบผิวหนัง และระบบหัวใจ และประโยชน์ทางตรงคือการไม่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ การสูญเสียเวลาในการปฏิบัติงานของครูพี่เลี้ยงประจำศูนย์ และการไม่เพิ่มภาระงานในการดูแลเด็กเล็กเมื่อเจ็บป่วยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก และที่สำคัญรับรู้ถึงอุปสรรค ที่จะเกิดขึ้นเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินค่ามาตรฐานซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงในการป้องกันโรค ที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคโดยการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และรับรู้ต่อปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติของการป้องกันโรค บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ แนวคิดนี้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้[16]

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย พบว่า ตัวแปร

พยากรณ์มีทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น และการรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่น โดยสามารถพยากรณ์ได้ถึงร้อยละ 88.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

การการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก พบว่า มีผลทางบวกต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหากมีการการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะเพิ่มขึ้น 2.392 หน่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมากจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กเล็กที่ผู้ปกครองส่งมาให้ดูแลจึงมีทำให้มีการรับรู้ต่อการป้องกันสิ่งคุกคามสุขภาพของเด็กเล็กที่อยู่ในการดูแลของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความรุนแรงที่อธิบายว่าหากบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการปฏิบัติพฤติกรรมสม่ำเสมอ และมีการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล

ด้านความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ พบว่า มีผลทางบวกต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหากได้รับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะเพิ่มขึ้น 0.353 หน่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมากจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นที่เพียงพอจะสมารถดำเนินการได้สำเร็จตามแผนงานนโยบายของผู้บริหารที่มอบหมายให้ดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของแก่บุคคลจะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น พบว่า มีผลทางลบต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหากได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับห้องปลอดฝุ่น ลดลง 1 หน่วยศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะลดลง 0.182 หน่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมากจากการที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรทางการศึกษาจึงมีความเชียวชาญทางด้านการสอนมากกว่าความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจึงทำให้ยังไม่เข้าใจในกระบวนการจัดทำห้องปลอดฝุ่นที่เพียงพอจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นจากบุคคลากรด้านสุขภาพอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสารจะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

การรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้อง ปลอดฝุ่น พบว่า มีผลทางลบต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัยอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหากการรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่นลดลง 1 หน่วย ศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะลดลง 0.106 หน่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมากจากการที่ผู้การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคเมื่อไม่จัดทำห้องปลอดฝุ่นทำให้ตนเองมีการรับรู้ว่าหากเกิดการเจ็บป่วยจากวัณโรคจะส่งผลต่ออาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ คือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ

ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งบุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

การวิจัยครั้งนี้ชี้เห็นเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อศักยภาพการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ซึ่งทำให้เกิดการปฏิบัติงานของบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำห้องปลอดฝุ่นอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปแกรมแรงสนับสุนนทางสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการสร้างศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.หน่วยงานภายในที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ควรนำผลจากการศึกษาครั้งนี้พัฒนาเป็นแนวทางการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นให้มีความเป็นมาตรฐานเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กที่จะเกิดขึ้นกับเด็กเล็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นพี่เลี้ยงที่จะส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการจัดทำห้องปลอดฝุ่นให้มีความเป็นมาตรฐานตามที่กำหนดไว้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่ให้ความอนุเคราะห์ในการลงพื้นที่ดำเนินการวิจัย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ และอาสาสมัครโครงการวิจัยทุกท่านที่สนับสนุนและร่วมวิจัยจนการวิจัยนี้สำเร็จลง ได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). Thailand. Air pollution [Internet]. Bangkok: World Health Organization; 2019 [cited 2025 Jun 9]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/thailand/air-pollution/briefing-on-air-pollution-th-thai.pdf?sfvrsn=408572d4_2

2 World Health Organization.(2018). Air pollution [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/air-pollution

3. World Health Organization.(2020). Air pollution data portal [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Jun 9]. Available from: https : // www . who . int / data / gho / data / themes /air-pollution

4 ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน.(2567). สถานการณ์มลพิษทางอากาศ: รายงานสถานะมลพิษทางอากาศโลก 2024 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มิ.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/2024/07/14/air-pollution-state-of-global-2024/

5.ไทยพีบีเอส.(2566). สถิติปี 2566 คุณภาพอากาศไทยแย่ลง ติดที่ 36 โลก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ไทยพีบีเอส; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มิ.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https://policywatch.thaipbs.or.th/article/environment-21

6. สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.(2567). PM2.5: วิกฤตฝุ่นละอองในประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มิ.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https : / / www . cri . or . th / th / articles-20240320/
7. กรมอนามัย.(2563). สธ. เผยคนไทย 38 ล้านคนอยู่ในพื้นที่ฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน พบเป็นกลุ่มเปราะบาง 15 ล้านคน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มิ.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https : / / anamai . moph . go . th / th / news-anamai / 43930
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2566). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ จังหวัดสุโขทัย [อินเทอร์เน็ต]. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2024 เม.ย. 1]. Available from: https : / / podfoon . anamai . moph . go . th /
9. Wiwatanadate P, Trakultivakorn M.(2010). Air pollution-related peak expiratory flow rates among asthmatic children in Chiang Mai, Thailand. J Med Assoc Thai. 2010 Jan;93(1):62-8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20063998/
10. Permaul P, McCormack MC, Matsui EC, Breysse PN, Diette GB.2010). Indoor air pollution and asthma in children. J Med Assoc Thai. 2010 Jan;93(1):62-8. doi: 10.3109/08958370903300327.
11. กรมอนามัย.(2563). รายงานการศึกษาผลกระทบและคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ และการพัฒนาดัชนีสุขภาพอันเนื่องมาจากคุณภาพอากาศของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2024 เม.ย. 1]. Available from: https://hia.anamai.moph.go.th/th/news-anamai / download / ?did = 208776&id = 90702&reload=
12 กรมอนามัย.(2566). คู่มือการใช้งานระบบฐานข้อมูลห้องปลอดฝุ่น “ห้องปลอดฝุ่นอุ่นใจสำหรับผู้ตรวจประเมิน” [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2024 เม.ย. 1]. Available from: https : // podfoon . anamai . moph . go . th / uploads / pdf
13 House JS. Work stress and social support. Orlando: Academic Press; 1981.
14. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2562). Social support – การสนับสนุนทางสังคม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มิ.ย. 9]. Available from: https : // www . psy . chula . ac . th / th / feature-articles/social-support/
15. Becker MH, Maiman LA.(1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care. 1975 Jan;13(1):10-24. doi: 10.1097/00005650-197501000-00002.
16.กรมอนามัย.(2566). รายงานข้อมูลห้องปลอดฝุ่นอุ่นใจ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2024 เม.ย. 1]. Available from: https://podfoon.anamai.moph.go.th/
17.สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย.(2566). รายงานจำนวนเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. สุโขทัย: สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2024 เม.ย. 1]. Available from: https : / / www . sukhothailocal . go . th / files / com_content_local / 202310_1eae69b44194993.pdf
18. Cobb S.(1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976 Sep-Oct;38(5):300-14.
19 Bloom B, et al.(1956). Types of questions based on Bloom’s taxonomy [Internet]. 1956 [cited 2025 Jun 9]. Available from: http://www.nova.edu/hpdtesting/ctl/forms/bloomstaxonomy.pdf
20.กรมอนามัย.(2025). แบบตรวจสอบเบื้องต้น (Checklist) สำหรับการจัดเตรียมห้องปลอดฝุ่นอาคารสาธารณะ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; ไม่ระบุปี [เข้าถึงเมื่อ 2025 มิ.ย. 9]. Available from: https : // podfoon . anamai . moph . go .th / post/43/
21หัทยา มาลัยเจริญ.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของประชาชนตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2565;2(3):82-97.

ผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกาย ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Effect of SEF Program on Balance and Physical Performance in Elderly Patients at Risk of Fall Receiving Physical Therapy Services at Kalasin Hospital

(Received: June 14,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

ชณาฎา จันทคัต[1]
Chanada Jantakat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด กลุ่มละ 23 คน จำนวน 2 กลุ่ม รวม 46 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบการทรงตัวและสมรรถภาพทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t- test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษา: 1) สรุปผลเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเดินและกลับตัว 3 เมตร การยืนบนขาข้างเดียว การนั่ง-ยืน 5 ครั้ง การย่ำเท้าสลับซ้ายขวา 2 นาที การงอตัวไปข้างหน้า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเอื้อมมือไปข้างหน้า การทดสอบแตะมือด้านหลังแขนขวาบน การทดสอบแตะมือด้านหลังแขนซ้ายบน ไม่มีความแตกต่าง 2) สรุปการเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การเดินและกลับตัว 3 เมตร การยืนบนขาข้างเดียว การนั่ง-ยืน 5 ครั้ง การย่ำเท้าสลับซ้ายขวา 2 นาที และการงอตัวไปข้างหน้า พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเอื้อมมือไปข้างหน้า การแตะมือด้านหลังแขนขวาบน และการแตะมือด้านหลังแขนซ้ายบน ไม่มีความแตกต่าง

คำสำคัญ: การหกล้ม, การออกกำลังกาย, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study was quasi experiment aimed to study the effects of SEF exercise on balance and physical fitness of elderly patients at risk of falling who received physical therapy services at Kalasin Hospital.The study sample consisted of 46 elderly patients at risk of falling who received physical therapy services, divided equally into two groups of 23 participants each. Data were collected using structured questionnaires and balance and physical fitness tests. Descriptive statistics were used to summarize personal information, while inferential statistics (independent t-test) were used to compare differences between the experimental and control groups. A significance level was set at p-value < 0.05.

Results: 1) Summarize the comparative results of the effects of SEF exercise program on balance and physical fitness in elderly patients with a risk of falling who received physical therapy services at Kalasin Hospital, Kalasin Province.

[1] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

After the experiment, the experimental group and the comparison group found that the comparison of the average walking and turning 3 meters, standing on one leg, sitting-standing 5 times, alternating left and right footsteps for 2 minutes, and bending forward, the experimental group had better results than the comparison group with a statistical significance level of 0.05. As for reaching forward, touching the hand behind the upper right arm, and touching the hand behind the upper left arm, there were no differences. 2) Summarize the comparison of the effects of SEF exercise program on balance and physical fitness in elderly patients with a risk of falling who received physical therapy services at Kalasin Hospital, Kalasin Province of the experimental group before and after the experiment, it was found that walking and turning 3 meters, standing on one leg, sitting-standing 5 times, alternating left and right footsteps for 2 minutes, and bending forward were significantly different at a statistical significance level of 0.05. As for reaching forward, touching the hand behind the upper right arm, And tapping the back of the left upper arm, there is no difference.
Key Word: fall prevention, exercise, elderly

บทนำ

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุนั้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากการรายงานอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ผ่านมาในประเทศต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 30 [1,2] และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ทั่วโลก[3] และจากรายงานการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าล้านคนมีประวัติการพลัดตกหกล้มโดย 1 ใน 4 คนของผู้สูงอายุมีประวัติการพลัดตกหกล้ม [4] นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 41.1 ผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มจะมีประวัติการพลัดตกหกล้มซ้ำ[5] และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มซ้ำ ถึงร้อยละ 50[6] สำหรับอุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มสูงขึ้นมีอุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ร้อยละ 16.9 ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเคยพลัดตกหกล้ม โดยผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นมีแนวโน้มที่หกล้มเพิ่มสูงขึ้น[7] ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ระหว่างร้อยละ 8.2-12.2 โดยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.9-17.9 ในกลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี และเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 10.3-14.2 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป[8] นอกจากนี้ เมื่อสำรวจความชุกของการพลัดตกหกล้มในชุมชนเมืองพบว่า ร้อยละ 34.3 ของผู้สูงอายุ เคยมีการพลัดตกหกล้มมากกว่าเท่ากับ 1 ครั้ง ในหกเดือนก่อนการสำรวจ และหนึ่งในสามของผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มหรือร้อยละ 38.4 มีความทุกข์ทรมานจากการพลัดตกหกล้ม[9] และจากข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากหกล้มจนกระดูกข้อสะโพกหัก ลงรหัส ICD 10 รหัส S7200-S7291และ W0000-W1999 ในปี พ.ศ.2565 มีจำนวนทั้งหมด 260 ราย 263 ครั้ง ในปี พ.ศ 2566 มีจำนวนทั้งหมด 291 ราย 294 ครั้งและปี พ.ศ 2567 จำนวน 297 ราย 304 ครั้ง[10] ซึ่งผลกระทบที่สำคัญของการการพลัดตกหกล้มที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่ายกาย ด้านจิตใจ รวมทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยผลกระทบทางด้านร่างกายนั้น เมื่อผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มจะส่งผลทำให้เกิดอาการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เนื้อเยื่อฉีกขาด กระดูกข้อมือ กระดูกสะโพกหักเคลื่อน หรือเกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่นการมีภาวะเลือดคั่งในสมอง จนทำให้สูญเสียชีวิตได้ในที่สุด

จากอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นและส่งผลกระทบด้านต่าง ๆ ดังกล่าว การป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรสุขภาพที่จะต้องให้ความสนใจและร่วมมือกันในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง การค้นหาสาเหตุ หรือ

ปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือผลกระทบ ต่าง ๆที่จะเกิดขึ้นตามมา รวมทั้ง การลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอีกด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยข้อสะโพกหัก ผ่านการรับรองการดูแลเฉพาะโรค เฉพาะระบบ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก (Desease Specific Certification Hip Fractuer In Elderly: DSC Hip fracture) ในปี 2566 ซึ่งนักกายภาพบำบัดเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมดูแลผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด มีบทบาทหน้าที่ ในการส่งเสริม ป้องกัน ตรวจประเมิน ให้การรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทรวงอก ระบบประสาท และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่า ผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก จะได้รับการทำกายภาพบำบัดโดยการฟื้นฟูสภาพร่างกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีเคลื่อนไหวร่างกาย และฝึกเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินจำนวนมาก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม เมื่อได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะกระดูกหัก ก็จะถูกส่งมาห้องกายภาพบำบัดเพื่อทำการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดและฝึกเดิน เพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา ผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยแนวคิดที่ว่า ถ้า “ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ดี การทรงตัวที่มั่นคง ก็จะปลอดภัยและไม่เสี่ยงล้ม” ผู้สูงอายุไม่ล้ม ก็จะไม่เกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก แล้วในอนาคตข้างหน้าก็จะพัฒนาให้เกิดคลินิกป้องกันการหกล้ม ในงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Experimental research design) มีการวัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม มีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Randomized pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดผลการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF เป็น เวลา 6 สัปดาห์ (กุมภาพันธ์ 2568- มีนาคม 2568)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) จำนวน 46 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบ SEF เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยได้คิดขึ้นมารูปแบบ SEF ซึ่งประกอบด้วย

การออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (Strengthening exercise) 1 ท่า การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทาน (Endurance exercise) 1 ท่า และการเพิ่มความยืดหยุ่น (Flexibility) ให้กับกล้ามเนื้อและข้อต่อ 4 ท่า ความถี่ในการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 15 - 20 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบการทรงตัวและสมรรถภาพทางกาย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตรวจความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการออกกำลังกาย SEF และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา และความสมบูรณ์ของเนื้อหาโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ จำนวน 3 คน

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบสองกลุ่มอิสระ (independent t- test) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุปได้ดังนี้

1. สรุปผลเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเดินและกลับตัว 3 เมตร พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 12.02 วินาที, S.D. = 1.35 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 15.26 วินาที, S.D. = 1.74 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001, 95% CI = -3.818 ถึง -2.666)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเอื้อมมือไปข้างหน้า พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 29.55 ซม., S.D. = 3.43 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 28.86 ซม., S.D. = 5.78 เมื่อเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.356, 95% CI = -0.824 ถึง 2.197)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการยืนบนขาข้างเดียว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 30.13 วินาที, S.D. = 18.09 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 19.62 วินาที, S.D. = 13.73 พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 6.677 ถึง 14.353)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการนั่ง-ยืน 5 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 13.86 วินาที, S.D. = 2.26 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 17.86 วินาที, S.D. = 3.35 พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = -5.120 ถึง -2.893)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการย่ำเท้าสลับซ้ายขวา 2 นาที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 60.93 ครั้ง , S.D. = 13.04 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 43.32 ครั้ง, S.D. = 14.33 กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 13.110 ถึง 22.106)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการงอตัวไปข้างหน้า พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 2.68 ซม., S.D. = 5.02 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = -0.96 ซม., S.D. = 5.94 พบว่ากลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นของลำตัวดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 2.097 ถึง 5.177)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทดสอบแตะมือด้านหลังแขนขวาบน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = -8.59 ซม., S.D. = 9.91 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = -13.36 ซม., S.D. = 10.18 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.077, 95% CI = -0.570 ถึง 10.106)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทดสอบแตะมือด้านหลังแขนซ้ายบน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = -13.43 ซม., S.D. = 9.75 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = -12.65 ซม., S.D. = 10.08 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.760, 95% CI = -6.039 ถึง 4.474)

2. สรุปการเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

การเดินและกลับตัว 3 เมตร พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 12.02 วินาที, S.D. = 1.35 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 15.26 วินาที, S.D. = 1.74 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = -4.12 ถึง -2.37)

การเอื้อมมือไปข้างหน้า พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 29.55 ซม., S.D. = 3.43 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 28.86 ซม., S.D. = 5.78 เมื่อเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.679, 95% CI = -2.71 ถึง 4.08)

การยืนบนขาข้างเดียวพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 30.13 วินาที, S.D. = 18.09 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 19.62 วินาที, S.D. = 13.73 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.035, 95% CI = 0.82 ถึง 20.21)

การนั่ง-ยืน 5 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 13.86 วินาที, S.D. = 2.26 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 17.86 วินาที, S.D. = 3.35 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = -5.70 ถึง -2.32)

การย่ำเท้าสลับซ้ายขวา 2 นาที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 60.93 ครั้ง, S.D. = 13.04 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 43.32 ครั้ง, S.D. = 14.33 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 9.30 ถึง 25.91)

การงอตัวไปข้างหน้า พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 2.68 ซม., S.D. = 5.02 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = -0.96 ซม., S.D. = 5.94 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.031, 95% CI = 0.36 ถึง 6.92)

การแตะมือด้านหลังแขนขวาบน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = -8.59 ซม., S.D. = 9.91 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = -13.13 ซม., S.D. = 9.64 เมื่อเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p-value = 0.178, 95% CI = -2.23 ถึง 11.31)

การแตะมือด้านหลังแขนซ้ายบน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = -13.43 ซม., S.D. = 9.75 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = -12.96 ซม., S.D. = 9.53 เมื่อเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.877, 95% CI = -6.81 ถึง 5.85)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรม SEF ต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การเดินและกลับตัว 3 เมตร พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 12.02 วินาที, S.D. = 1.35 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 15.26 วินาที, S.D. = 1.74 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001, 95% CI = -3.818 ถึง -2.666) และของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การเดินและกลับตัว 3 เมตร พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 12.02 วินาที, S.D. = 1.35 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 15.26 วินาที, S.D. = 1.74 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = -4.12 ถึง -2.37) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน[11]โดยการทดสอบการทรงตัวลุกยืน เดินระยะทาง 3 เมตร (TUGT) ความสมดุลการทรงตัว (Single Leg Stance Test-SLST) และประเมินความกลัวการล้มด้วยแบบประเมินความกลัวการล้มสำหรับผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย TUGT ค่าเฉลี่ย เวลา SLST ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.001 มีระดับความกลัวล้มลดลง และสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่ระดับความกลัวล้มดีขึ้นมีมากกว่า ต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.008) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกตามโปรแกรมสามารถเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย พัฒนาการทรงตัวดีขึ้น และลดภาวะความกลัวการล้มในผู้สูงอายุได้

การเอื้อมมือไปข้างหน้า พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 29.55 ซม., S.D. = 3.43 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 28.86 ซม., S.D. = 5.78 เมื่อเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.356, 95% CI = -0.824 ถึง 2.197) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณดนุ สาเขตร์[12] พบว่าสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุเกือบทุกกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเพียงกิจกรรมเอื้อมแขนแตะมือด้านหลังที่ไม่พบความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า การลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที การงอพับศอก 30 วินาทีและการนั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้าของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเดินย่ำเท้า 2 นาทีและการเอื้อมแขนแตะมือด้านหลังไม่มีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การยืนบนขาข้างเดียว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 30.13 วินาที, S.D. = 18.09 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 19.62 วินาที, S.D. = 13.73 พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 6.677 ถึง 14.353) และของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง การยืนบนขาข้างเดียวพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 30.13 วินาที, S.D. = 18.09 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 19.62 วินาที, S.D. = 13.73 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p-value = 0.035, 95% CI = 0.82 ถึง 20.21) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาภัค ศิลารักษ์ และคณะ[13]ศึกษาการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูความสามารถในการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยประยุกต์ใช้แบบประเมิน Mini-BES Test ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและเปรียบเทียบผลลัพธ์ความสามารถในการทรงตัวและหลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูความสามารถในการทรงตัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 80 คน ณ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฟั่นอาจาโร ผลการศึกษาพบว่า ก่อนใช้รูปแบบการฟื้นฟูความสามารถในการทรงตัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความสามารถด้านการทรงตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) แต่พบว่าหลังใช้รูปแบบการฟื้นฟูความสามารถในการทรงตัว มีระดับความสามารถด้านการทรงตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) และผลการเปรียบเทียบระดับความสามารถด้านการทรงตัวของผู้สูงอายุในกลุ่มการทดลองก่อนและหลังการศึกษาพบว่าระดับความสามารถด้านการทรงตัวหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) และสอดคล้องกับการศึกษาของรัญชนา หน่อคำ ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ [14] ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของ การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ การออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบล หนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 จำนวน 47 ราย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และการคัดเลือกตามคุณสมบัติ ที่กำหนดและแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 40 นาที เป็นระยะเวลานาน 12 สัปดาห์ และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย แบบก้าวตามตาราง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการทำTime up and go test (TUGT) ผลการศึกษาพบว่าการทรงตัว ของผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบ ก้าวตามตารางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการทรงตัวของผู้สูงอายุภายหลังการออกกำลังกาย แบบก้าวตามตารางดีกว่าก่อนการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของ การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางส่งผลให้การทรงตัวของผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางสามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกในการออกกำลังกาย หากมี การออกกำลังกายตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้การทรงตัวในผู้สูงอายุดีขึ้น เนื่องจากมีการฝึกการทำงานของระบบประสาทและการเคลื่อนไหวที่เปลี่ยนแปลงทิศทางอยู่ตลอดเวลาทำให้การสั่ง การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การนั่ง-ยืน 5 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 13.86 วินาที, S.D. = 2.26 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 17.86 วินาที, S.D. = 3.35 พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = -5.120 ถึง -2.893) และของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง การนั่ง-ยืน 5 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 13.86 วินาที, S.D. = 2.26 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 17.86 วินาที, S.D. = 3.35 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = -5.70 ถึง -2.32) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปารีส ผุยพาณิชย์สิริและคณะ[15] ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการเดินและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 60 คนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองอาสาสมัครที่ได้รับการออกกลังกายในโปรแกรมการ

ออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มควบคุม อาสาสมัครที่ได้รับแผ่นพับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม วัดผล 3 ครั้ง คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เวลาในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น การแกว่งของจุดรวมมวล คะแนนความ เสี่ยงต่อการหกล้ม อัตราการก้าวขา ความเร็วในการเดิน เวลาใน การทดสอบ TUG ระยะเวลาในการปรับการทรงตัวโดยการคาดการณ์ ในการก้าวขาครั้งแรกและร้อยละของช่วงเวลาที่เท้าทั้งสองข้างรับ น้ำหนักทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนทดลอง นอกจากนี้ยังพบ ว่าอาสาสมัครในกลุ่มทดลองมีความยาวในการก้าวขาที่เพิ่มขึ้นใน ระยะหลังการทดลอง ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าอาสาสมัครในกลุ่มควบคุมมีเวลาในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นและคะแนนความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ดีขึ้นแต่พบว่าหลังการทดลองอาสาสมัครในกลุ่มควบคุมมีการกลัวการหกล้มมากขึ้น สรุป: โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีรูปแบบการเดินที่ดีและ กล้ามเนื้อขาที่แข็งแรงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลที่ดีขึ้นในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ลดลง จึงสามารถนำไปใช้ เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มและลดความ เสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิดชนก ศิริวิบุลยกิติ[17] ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมท่าศาลากับผู้สูงอายุในการเสริมสร้างสมรรถนะทางกายเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุ 60-70 ปี จำนวน 27 คน โดยมีขั้นตอนการวิจัยคือ 1. พัฒนาโปรแกรมท่าศาลาโดยสหวิชาชีพ 2. พัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม) เพื่อเป็นพี่เลี้ยง (buddy)ให้กับกลุ่มตัวอย่าง 3. พัฒนาสื่อที่เข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย และ 4. การนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาซึ่งใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานได้แก่ paired sample t-test ซึ่งใช้ประเมินก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมในด้านความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วย Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) การทรงตัวและความแข็งแรงกล้ามเนื้อด้วย Berg Balance Scale (BBS) และ Timed Up and Go Test (TUGT) ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินความเสี่ยงในการหกล้มโดย Thai-FRAT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวซึ่งประเมินโดย BBS และ TUGT มีทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\leq0.001$ และ $p<0.05$ ตามลำดับ) ส่วนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อภาพรวมของโครงการคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงคือ 4.90 (SD=0.27)

การย่ำเท้าสลับซ้ายขวา 2 นาที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 60.93 ครั้ง, S.D. = 13.04 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = 43.32 ครั้ง, S.D. = 14.33 กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 13.110 ถึง 22.106) และของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง การย่ำเท้าสลับซ้ายขวา 2 นาที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 60.93 ครั้ง, S.D. = 13.04 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = 43.32 ครั้ง, S.D. = 14.33 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 9.30 ถึง 25.91) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปารีส ผุยพาณิชย์สิริและคณะ[15] ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการเดินและความ

เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 60 คนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง อาสาสมัครที่ได้รับการออกกลังกายในโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มควบคุม อาสาสมัครที่ได้รับแผ่นพับความรู้เรื่องการ ป้องกันการหกล้ม วัดผล 3 ครั้ง คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เวลาในการ ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น การแกว่งของจุดรวมมวล คะแนนความ เสี่ยงต่อการหกล้ม อัตราการก้าวขา ความเร็วในการเดิน เวลาใน การทดสอบ TUG ระยะเวลาในการปรับการทรงตัวโดยการคาดการณ์ ในการก้าวขาครั้งแรกและร้อยละของช่วงเวลาที่เท้าทั้งสองข้างรับ น้ำหนักทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนทดลอง นอกจากนี้ยังพบ ว่าอาสาสมัครในกลุ่มทดลองมีความยาวในการก้าวขาที่เพิ่มขึ้นใน ระยะหลังการทดลอง ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะพบว่าอาสาสมัครใน กลุ่มควบคุมมีเวลาในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นและคะแนนความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ดีขึ้นแต่พบว่าหลังการทดลองอาสาสมัครในกลุ่มควบคุมมีการกลัวการหกล้มมากขึ้น สรุป: โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีรูปแบบการเดินที่ดีและ กล้ามเนื้อขาที่แข็งแรงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลที่ดีขึ้นในระยะยาว ซึ่งจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ลดลง จึงสามารถนำไปใช้ เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มและลดความ เสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การงอตัวไปข้างหน้า พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = 2.68 ซม., S.D. = 5.02 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = -0.96 ซม., S.D. = 5.94 พบว่ากลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นของลำตัวดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001, 95% CI = 2.097 ถึง 5.177) และของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองการงอตัวไปข้างหน้า พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังทดลอง = 2.68 ซม., S.D. = 5.02 และก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย = -0.96 ซม., S.D. = 5.94 เมื่อเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.031, 95% CI = 0.36 ถึง 6.92) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมาวสี ทองโมทย์[16] การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็นรายสัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงการจัดกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2 การจัดการความเสี่ยง สัปดาห์ที่ 3 วิธีการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4–6 การฝึกออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 7 การปรับสิ่งแวดล้อม และสัปดาห์ที่ 8 การประเมินผล ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้สูงอายุจำนวน 53 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test แบบกลุ่มคู่ (paired t-test) ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = –8.231, df = 51, p < 0.001) มีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = –7.524, df = 51, p < 0.001) มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = –8.363, df = 51, p < 0.001) และมีระดับความกลัวการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 6.651, df = 52, p < 0.001) นอกจากนี้อัตราการไม่มีการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.5 เป็นร้อยละ 63.5 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย ลดความกลัว และพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

การทดสอบแตะมือด้านหลังแขนขวาบน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = -8.59 ซม., S.D. = 9.91

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = -13.36 ซม., S.D. = 10.18 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.077, 95% CI = -0.570 ถึง 10.106) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณดนุ สาเขตร์ [12]ได้ทำการศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยท่ารำดาบสองมือประยุกต์ที่มีต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำดาบสองมือประยุกต์ที่มีผลต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60–75 ปีเพศหญิง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ฝึกโปรแกรมออกกำลังกายด้วยท่ารำดาบสองมือประยุกต์เป็นเวลา 12 สัปดาห์สัปดาห์ละ 3 วัน โดย 4 สัปดาห์แรกใช้เวลาวันละ 50 นาทีและอีก 8 สัปดาห์ที่เหลือใช้เวลาวันละ 60 นาที (รวมอบอุ่นร่างกาย และคลายอุ่น) และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คนใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ผู้วิจัยทำการ ทดสอบความสามารถด้านการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง นำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติโดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังจากฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำดาบสองมือประยุกต์ 12 สัปดาห์ความสามารถด้านการทรงตัวในผู้สูงอายุดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้วความสามารถด้านการทรงตัวของ กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมเกือบทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเพียงการทดสอบการยืน ด้วยขาสองข้างและแบบทดสอบความสามารถด้านการทรงตัวขณะเคลื่อนที่ Time up and go (TUG) ที่ไม่พบ ความแตกต่างอย่างมีนัยทางสถิติ 2) หลังจากฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำดาบสองมือประยุกต์ 12 สัปดาห์เมื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองพบว่า สมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุเกือบทุกกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเพียงกิจกรรมเอื้อมแขนแตะมือด้านหลังที่ไม่พบความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า การลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที การงอพับศอก 30 วินาที และการนั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้าของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเดินย่ำเท้า 2 นาทีและการเอื้อมแขนแตะมือด้านหลังไม่มีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การทดสอบแตะมือด้านหลังแขนซ้ายบนพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย = -13.43 ซม., S.D. = 9.75 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย = -12.65 ซม., S.D. = 10.08 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.760, 95% CI = -6.039 ถึง 4.474)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการทางกายภาพบำบัด ซึ่งมีการติดตามการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องที่บ้านและการออกกำลังกายอยู่ภายใต้การควบคุมของนักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

2. พัฒนารูปแบบการติดตามการออกกำลังกายเมื่อผู้ป่วยไปฝึกต่อเนื่องที่บ้าน

3. ด้านการวิจัยควรติดตามผลลัพธ์การออกกำลังกายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน เพื่อดูแลระยะยาวของโปรแกรม

4. ด้านการพัฒนาต่อยอดงานวิจัย ขยายผลโดยนำโปรแกรมการออกกำลังกายไปใช้ในผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. Gang L, Sufang J, Ying S.(2006). The incidence status on injury of the community-dwelling elderly in Beijing. Chin J Prev Med. 2006;40(1):37.(ejcm.journals.ekb.eg)
2. Wannian L, Ying L, Xueqing W.(2004). An epidemiological study on injury of the community-dwelling elderly in Beijing. Chin J Dis Control Prev. 2004;8(6):489–492.(Glasgow Caledonian University)
3. Cavalcante ALP, Aguiar JBD, Gurgel LA.(2012). Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(1):137–146.(Dialnet)
4. Centers for Disease Control and Prevention.(2019). Facts About Falls. 2019. Available from: https://www.cdc.gov/falls/data-research/facts-stats/index.html(CDC)
5. Wu TY, Chie WC, Yang RS, et al.(2013). Risk factors for single and recurrent falls: A prospective study of falls in community-dwelling seniors without cognitive impairment. Prev Med. 2013;57:511–517.(ThaiJo)
6. Berry SD, Miller RR.(2008). Falls: Epidemiology, pathophysiology, and relationship to fracture. Curr Osteoporos Rep. 2008;6(4):149–154.(SpringerLink)
7. วิชัย เอกพลากร.(2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ThaiJo)
8. Poomsawat S.(2006). The incidence of falls in the elderly in urban communities of Thailand. Mahidol University.
9. Kittipimpanon S.(2006). A study on prevalence and consequences of falls among the elderly in urban communities. Bangkok: National Health Security Office.
10. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2567). รายงานข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากการหกล้ม ปี 2565-2567. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
11. จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน.(2564). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):541–560. [เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/251296]Thai Journal Online+2Thai Journal Online+2doi.nrct+2
12. กรรณดนุ สาเขตร์.(2019). ผลของการออกกำลังกายด้วยท่ารำดาบสองมือประยุกต์ที่มีต่อการทรงตัวและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์อินเทอร์เน็ต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2019 [เข้าถึงเมื่อ 2025 มิ.ย. 1]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9459
13. กัญญาภัค ศิลารักษ์, ปภาวิน ลีทอง, ปิยะนุช เรืองสวัสดิ์, ปนัดดา ปาละรีย์.(2022). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูความสามารถในการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2022;25(3):143–153.
14. รัญชนา หน่อคำ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ.(2016). ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร. 2016;43(3):50–59.
15. ปารีส ผุยพาณิชย์สิริ, นัยนา โรจน์รุ่งวศินกุล, รัตนา ประดิษฐ์สุวรรณ.(2564). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบกลุ่มเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการเดินและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(4):428–439.
16. อมาวสี ทองโมทย์.(2567). ผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(3):439–49.
17. ชิดชนก ศิริวิบุลยกิติ.(2563). ผลของโปรแกรมท่าศาลาในการเสริมสร้างสมรรถนะทางกายเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(1):127–137. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/240116

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

การพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่

Quality Improvement of Preoperative Nursing Visits for Patients Receiving Inguinal Hernia Repair in the Surgical Department of Phrae Hospital.

(Received: June 14,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

จินตนา ศรีรมย์[1] ชญาภา แสนหลวง[2] อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์[3]
Jintana Srirom[1] Chayapha Sanluang[2] Apiradee Nantsupawat[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ ภายใต้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส-พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) โดยศึกษาในกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจำนวน 16 คน และ ผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายมารับการผ่าตัดไส้เลื่อนในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน 2568 จำนวน 37 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบไปด้วยแนวข้อคำถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นใช้ในการประชุมกลุ่ม คู่มือในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร่ แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมฯแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการเยี่ยมฯ แบบบันทึกอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อม และแบบบันทึกอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนโรงพยาบาลแพร่

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ได้ถูกต้องร้อยละ 91.89 ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนโดยพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.85, SD=0.16) และไม่พบอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อม และอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน ผลที่ได้จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ส่งผลให้เกิดคุณภาพทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ที่ทำให้ได้แนวทางในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดที่เหมาะสม และผลลัพธ์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนมีความพร้อมและได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา

คำสำคัญ: การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด, การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, ผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน

Abstract

This study was research and development aimed at improving the quality of preoperative nursing visits for patients undergoing inguinal hernia repair in the surgical department of Phrae Hospital. The study used the FOCUS-PDCA model as a framework for continuous quality improvement. The population and samples consisted of two groups: 16 professional operating room nurses and 37 patients scheduled for hernia surgery in the surgical and special surgical wards at Phrae Hospital from February to April 2025. The research instruments consisted of focus group questions, a preoperative visit guideline and manual, documentation, and observation for both evaluation protocol adherence and patient satisfaction assessment, and records for patient unpreparedness and surgical cancellation.

[1]นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2]ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: cattaliya.s@cmu.ac.th
[3]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

The findings showed that surgical team nurses were able to follow the developed preoperative visit protocol with a correct performance rate of 91.89%. Furthermore, patients reported the highest level of satisfaction with the service ($\bar{X}$ = 4.85, SD = 0.16). Additionally, there were no reported incidents of patients being unprepared for surgery, and no cancellations or postponements of hernia surgeries. These findings suggest that the application of the FOCUS-PDCA continuous quality improvement approach enhanced the quality of both processes and outcomes, leading to the development of an appropriate guideline for preoperative visits conducted by operating room nurses. This guideline improved patient preparedness, facilitated surgery according to the treatment plan, and supported timely surgical procedures.

Keywords: Preoperative patient visit, Continuous quality improvement, Hernia surgery patients

บทนำ

การผ่าตัดเป็นกระบวนการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลจากการขาดความรู้และความเข้าใจในขั้นตอนต่าง ๆ[1] การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อน และลดโอกาสการเลื่อนผ่าตัด[2,3] การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การเยี่ยมผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด[4] โดยมีแนวทางปฏิบัติ 7 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ตรวจสอบเอกสารทางการแพทย์ ประเมินปัญหาและความต้องการ วางแผนการพยาบาล ให้ข้อมูลและคำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถาม และรายงานปัญหาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง[5,6] การเยี่ยมผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพส่งผลดีต่อผู้ป่วยและองค์กร ช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้ความเข้าใจ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเลื่อนผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย[2,5,7,8] การพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ซึ่งสามารถวิเคราะห์ วัดผล ปรับปรุง และควบคุมได้อย่างเป็นระบบ[9]

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยกำหนดให้มีการเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัด 1 วัน และพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยโดยบูรณาการมาตรฐานของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์[4,6] จากสถิติการผ่าตัดปี 2564-2566 พบผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนจำนวน 211 ราย, 251 ราย และ 248 ราย ตามลำดับ เป็นการผ่าตัดที่พบมากที่สุดในแผนกศัลยกรรมทั่วไป[11] อย่างไรก็ตาม จากทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพในปี 2566[12] พบอุบัติการณ์การเลื่อนหรืองดผ่าตัดเป็นปัญหาหลัก โดยผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 13.7 สาเหตุหลักมาจากการเตรียมผู้ป่วยไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน เช่น ไม่งดน้ำ-อาหาร ไม่งดยาสลายลิ่มเลือด ไม่ทำเครื่องหมายผ่าตัด และการเยี่ยมของพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม

แม้โรงพยาบาลแพร่จะมีแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแล้ว แต่ยังขาดแนวทางเฉพาะสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการเยี่ยมเพียงร้อยละ 67.74 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด และกระบวนการเยี่ยมยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการประเมินที่ครอบคลุม การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน และขาดการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไส้เลื่อนโดยใช้แนวคิด FOCUS-PDCA จึงมีความจำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยม ลดอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาล สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ระยะเวลาการศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ถูกนัดมารับการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้เลื่อนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 37 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ถูกนัดมารับการผ่าตัดไส้เลื่อนในช่วงเดือนกุมภาพันธ์–เมษายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 แนวข้อคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1.2 คู่มือในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน พัฒนาตามมาตรฐานของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์[4]

1.3 เอกสารให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน

1.4 แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อน

2.2 แบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อน จำนวน 18 รายการ เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ การปฏิบัติก่อนเยี่ยมผู้ป่วย (2 รายการ) การปฏิบัติขณะเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย (14 รายการ) และการปฏิบัติหลังการเยี่ยมผู้ป่วย (2 รายการ) โดยให้คะแนน ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน (1 คะแนน) และปฏิบัติไม่ครบถ้วน (0 คะแนน)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) และพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)

2.4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อม และแบบบันทึกอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน เป็นแบบบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณ โดยจำแนกตามลักษณะของเหตุการณ์ ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ และการแก้ไขปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน หัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน และพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง 1 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือทั้งหมด ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95, 0.98, 1.00, และ 0.96 ตามลำดับ การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

แบบสังเกตการปฏิบัติงาน ตรวจสอบความสอดคล้องของการสังเกต (Inter-Rater Reliability) โดยผู้ศึกษาและทีมพัฒนา 2 คน สังเกตพร้อมกัน 15 ครั้ง ได้สัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน[13] ดังนี้

1. ขั้นตอน FOCUS (F-O-C-U-S)

F: Find ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง โดยศึกษาสถานการณ์ปัญหา สถิติการผ่าตัด และตัวชี้วัดคุณภาพ พบปัญหาอุบัติการณ์การเลื่อนหรืองดผ่าตัดในผู้ป่วยไส้เลื่อนสูงถึงร้อยละ 13.7

O: Organize จัดตั้งทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการ อธิบายความสำคัญของปัญหา กำหนดบทบาท และวางแผนการดำเนินงาน

C: Clarify ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในปัจจุบัน และจัดทำผังงาน (Flowchart)

U: Understand จัดประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา สาเหตุ และอุปสรรค โดยใช้แผนผังก้างปลา (Fish bone diagram)

S: Select คัดเลือกสาเหตุและประเด็นปัญหาที่แท้จริง จัดลำดับความสำคัญ และหาวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม

2. **ขั้นตอน PDCA (P-D-C-A)**

P: Plan วางแผนพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อน จัดทำคู่มือ เอกสารแนะนำ และแบบบันทึก ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปใช้

D: Do เตรียมความพร้อมบุคลากร จัดประชุมชี้แจงแนวทาง ฝึกปฏิบัติ และดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 10 สัปดาห์

C: Check ตรวจสอบผลการปฏิบัติโดยใช้แบบสังเกต แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกอุบัติการณ์

A: Action ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน และกำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลส่วนบุคคลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. นำข้อมูลการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนโรงพยาบาลแพร่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อน อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อม และอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนโรงพยาบาลแพร่ หลังจากการพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัด มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2567 – EXP052 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 039/2568 ผ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลทีมปฏิบัติการกลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ มีจำนวน 12 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุในช่วง 20-31 ปี ร้อยละ8.33ช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 41.67 และช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 50 ทุกคนเป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ได้รับการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 และมีประสบการณ์ในการ

เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมาไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง

2. การปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ ผลการศึกษาพบว่า จากการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดฯ ของพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 37 ครั้ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยฯ ได้ถูกต้องเฉลี่ยร้อยละ 91.89

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนโดยพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.85, SD = 0.16)

4. รายงานอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อมของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อม ในขณะที่ทำการศึกษาระยะเวลา ทั้งหมด 37 ราย แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดฯที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ลดอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อมได้ร้อยละ 100

5. รายงานอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบการรายงานอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนในขณะที่ทำการศึกษาระยะเวลา ทั้งหมด 37 ราย ผลการศึกษาพบว่า แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมก่อนผ่าตัดฯ ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ลดอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อมได้ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

คุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ภายหลังการพัฒนาคุณภาพ อภิปรายผลได้ดังนี้

1. การปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการ จำนวน 37 ครั้งพบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดฯที่พัฒนาขึ้นได้ถูกต้องและครบถ้วน โดยมีผลคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติ ร้อยละ 91.89 ซึ่งการที่พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการสามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามกระบวนการอาจเนื่องมาจากการพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ ใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ กระบวนการดังกล่าวเริ่มตั้งแต่การคัดเลือกทีมพัฒนาที่มีความรู้ ความเข้าใจสภาพการทำงานในห้องผ่าตัด และในสถานการณ์การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ไม่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนในหน่วยงาน และคัดเลือกทีมพยาบาลทีมปฏิบัติการที่ทำหน้าที่ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อน ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติในห้องผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมไม่ต่ำกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนมาก่อนมาก่อนเข้ามามีส่วนร่วมในพัฒนาคุณภาพในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Danjuma Aliyu[14] และคณะที่ได้สำรวจความรู้ ทัศนคติ และแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดชาวไนจีเรีย พบว่าประสบการณ์การทำงาน อายุ และตำแหน่ง ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นยังใช้เครื่องมือคุณภาพหลากหลาย ได้แก่ จัดประชุมระดมสมองทีมเพื่อวิเคราะห์ สาเหตุ

ของปัญหา ได้อย่างอิสระ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[15] กล่าวว่าการระดมสมองเป็นกระบวนการรวบรวมความคิดเห็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม ใช้แผนภูมิก้างปลา)Fish Bone Diagram (ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนที่ไม่มีประสิทธิภาพได้ชัดเจนขึ้น อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[15] อธิบายว่าผังก้างปลาเป็นเครื่องมือที่ช่วยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยแสดงความเชื่อมโยงของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหารากเหง้าของปัญหาและนำไปสู่การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และนำผังงาน (Flowchart)มาจัดทำผังงานกระบวนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ข้าใจกระบวนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในปัจจุบัน เมองเห็นปัญหาในแต่ขั้นตอนการทำงานได้ง่ายและชัดเจนขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล[16] ที่ได้กล่าวว่าแผนภูมิการไหลของงานจะช่วยให้เข้าใจกระบวนการทำงานง่ายขึ้น สามารถมองเห็นปัญหากระบวนการของการทำงานได้ในแต่ละขั้นตอน และมีการนำแผนภูมิแกนต์) Gantt chart) มาใช้ เพื่อควบคุมการดำเนินงานให้สำเร็จในเวลาที่กำหนด ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[15] ที่กล่าวว่าแผนภูมิแกนต์) Gantt chart) ช่วยกำหนดเวลาให้เกิดความชัดเจนและมีประสิทธิภาพในการดำเนินโครงการ นอกจากนี้แล้วยังมีการนำใบตรวจสอบรายการ) Check sheet) นำมาออกแบบการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนโรงพยาบาลแพร่ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อบริการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้การให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังที่อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[15] ได้กล่าวว่าใบตรวจสอบ) Check sheet) เป็นแบบเครื่องมือบันทึกข้อมูลที่ช่วยให้การเก็บข้อมูลง่าย ครบถ้วน และอ่านผลได้ชัดเจน จะเห็นได้ว่าการใช้กระกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โฟกัสพี ดี ซี เอ (FOCUS-PDCA) เป็นวิธีที่ ไม่ซับซ้อน คัดเลือกทีมพัฒนา ที่เหมาะสมและมีความรู้ในกระบวนการที่ต้องการพัฒนา ทำให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาและวางแนวทางแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคัดเลือกทีมปฏิบัติการที่มีความเข้าใจและประสบการณ์ ในบริบทของการเยี่ยมผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม จึงทำให้เกิดการพัฒนางานอย่างเป็นระบบ และให้ทุกคนได้มามีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็น ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยมีภูมิใจที่ตนเองได้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนางาน จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดฯที่พัฒนาขึ้นได้ถูกต้อง

ในการพัฒนาคุณภาพในครั้งนี้ได้มีการจัดทำคู่มือในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนามีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ และนำมาตรฐานการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ของการสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์[4] มาบูรณาการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติการมีแนวทางในการเยี่ยมฯอย่างชัดเจนในแต่ละขั้นตอน สามารถทบทวน และเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากคู่มือส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมฯได้ถูกต้องตามขั้นตอนสามารถประเมินปัญหาและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม เกิดการประสานการดูแลที่ต่อเนื่องเกิดการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของ กนกพร บุญประเสริฐ[17] ที่ใช้แนวคิดการพัฒนา

คุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ พบว่า การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดเข้าใจบทบาทของตนเอง สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีขั้นตอน และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ[6] ที่ศึกษาบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด พบว่าการเยี่ยมก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะ ความรู้ในการให้คำแนะนำ และการประเมิน ค้นหาความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด และส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีการจัดประชุมอบรมและให้ความรู้แก่พยาบาลทีมปฏิบัติการเกี่ยวกับแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน โดยพยาบาลทีมพัฒนาเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ นิเทศ ติดตาม และให้คำปรึกษา มีการซักซ้อมสถานการณ์จำลองก่อนนำไปใช้จริง จนทีมปฏิบัติการสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิพา ใจสมัคร[18] ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมของพยาบาลก่อนปฏิบัติงาน ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับได้ครบถ้วน และสอดคล้องกับ วรวุฒิ จันทร์เพ็ง และกล้าเผชิญ โชคบำรุง [19] ที่ให้ข้อเสนอแนะจากการศึกษาว่า พยาบาลห้องผ่าตัดควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ และทักษะทั้งพยาบาลใหม่และพยาบาลเก่า รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด

ในการพัฒนาในครั้งนี้ได้มีการจัดทำแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูล เพื่อใช้บันทึกข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนของพยาบาล และเติมปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลที่พบเพิ่มเติม ซึ่งช่วยให้พยาบาลทีมปฏิบัติการทำการบันทึกได้สะดวกรวดเร็วขึ้น สามารถใช้ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ช่วยให้การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับวรวุฒิ จันทร์เพ็ง, กล้าเผชิญ โชคบำรุง[19] ได้ศึกษาการเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ให้ข้อเสนอแนะจากการศึกษาเรื่องเครื่องมือที่ใช้เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดว่า ควรมีการจัดทำแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของนิธิวดี สุธรรมรักษ์[20] ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง และใช้แบบฟอร์มการส่งต่อการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปในทีมพยาบาล จะช่วยให้การบันทึกเป็นระบบ สะดวกรวดเร็ว ข้อมูลที่บันทึกไว้สามารถใช้ส่งต่อให้ทีมดูแลอื่น ๆ ได้ ผู้ป่วยทุกคนได้รับข้อมูลที่จำเป็นก่อนการผ่าตัด และพยาบาลสามารถปฏิบัติเป็นไปเป็นแนวทางเดียวกัน

นอกจากนี้แล้วยังมีการจัดทำเอกสารให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน) แผ่นพับ(และเอกสารรูปภาพประกอบการเยี่ยม นำไปประกอบการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อน ซึ่งช่วยให้พยาบาลทีมปฏิบัติการปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดมากขึ้น และเกิดความเข้าใจสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี ตั้งใจรักการดี[21] ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน ในการใช้สื่อประกอบการเยี่ยมก่อนผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวเรศ เสนาธรรม[22] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพ

กระบวนการการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะการใช้สื่อประกอบในการให้ข้อมูลผู้ป่วยจะทำให้ช่วยลดระยะเวลาในการให้ข้อมูลของพยาบาล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ และสามารถนำมาทบทวนได้

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดไส้เลื่อนพึงพอใจต่อบริการการเยี่ยมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.85, SD = 0.16 (อาจเนื่องจากการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลได้เรียนรู้แนวทางและขั้นตอนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนที่มีความชัดเจน สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างครบถ้วน และถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำและข้อมูลอย่างเป็นลำดับขั้นตอนตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และในการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยมีรูปภาพประกอบทำให้สามารถจินตนาการ ถึงสภาพบรรยากาศในห้องผ่าตัดได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล รู้สึกอบอุ่นใจ เมื่อมีพยาบาลห้องผ่าตัดมาเยี่ยมท่านก่อนผ่าตัด และพร้อมเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาของสุทิพา ใจสมัตร[18] ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของในประเทศจีน Haiyan Du และคณะ[8] ที่ได้ศึกษาผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาล ต่อความเครียด และความพึงพอใจของผู้ป่วยแบบเลือกการผ่าตัดได้ พบว่าการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวล และมีความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มมากขึ้น

3. การรายงานอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนไม่พร้อม ผลการศึกษาไม่พบรายงานอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ขณะทำการศึกษา ซึ่ง อธิบายได้ว่าการเยี่ยมผู้ป่วยอย่างมีระบบแบบแผน มีแนวทางชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลทีมปฏิบัติการ ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจ และปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนตามแนวทางเดียวกันส่งผลให้กระบวนการเยี่ยม ประเมินให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนมีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนและได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิพา ใจสมัตร[18] พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนถึงหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อม สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาจารุณี ตั้งใจรักการดี[20] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน พบว่าจากการพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการตามการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ส่งผลให้อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน

4. การรายงานอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนผลการศึกษาไม่พบรายงานอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ขณะทำการศึกษา ซึ่งอธิบายได้ว่าอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้การประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดทางร่างกาย จิตใจ การแก้ไขปัญหา รวมถึงการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดครบถ้วนครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง และได้รับการผ่าตัดตรงตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ดีอุดม, และคณะ[7] ได้ศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อการเลื่อนนัดผ่าตัดผู้ป่วยโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

พบว่าสามารถช่วยลดการเลื่อนนัดผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาลักษณา จันทราโยธากร ,และคณะ[3] ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่ พบว่าการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ช่วยให้ไม่พบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลแพร่ แสดงให้เห็นว่าแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีความชัดเจน ครอบคลุม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วย และลดความเสี่ยงต่อการเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัดได้

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้

จากการพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

1.1 ควรปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่พัฒนาไว้ เพื่อให้เกิดมาตรฐานและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

1.2 พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไข รวมถึงการปรับปรุงกระบวนการทำงานภายในหน่วยงาน

1.3 พยาบาลห้องผ่าตัดควรเข้าร่วมกิจกรรมอบรมและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

2. สำหรับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

2.1 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดควรส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ

2.2 ควรจัดกิจกรรมอบรมและพัฒนาทักษะให้บุคลากรในทีมมีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ

2.3 หัวหน้ากลุ่มงานควรมอบหมายหน้าที่ที่ชัดเจนและรวบรวมผลการดำเนินงานเพื่อการประเมินและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรนำแนวคิด FOCUS-PDCA และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไส้เลื่อนของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในประเด็นอื่น ๆ และในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดโรคอื่นต่อไป เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลในห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W.(2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg. 2014;14:67.
2. Pritchard MJ.(2012). Pre-operative assessment of elective surgical patients. Nurs Stand. 2012;26(30):51–6.
3. ลักษณา จันทราโยธากร.(2565). การพัฒนาคุณภาพของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่. พยาบาลสาร ม.เชียงใหม่. 2566;50(3):71–83.
4. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์.
5. เรณู อาจสาลี.(2540). การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. รัตนา เพิ่มเพ็ชร์, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ.(2559). บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2559; 22(1):13–24.

7. ปราณี ดีอุดม, แก้วกัณหา พรหมน้อย, กมลวรรณ อ่อนขำ, กฤติยา จำปา.(2565). ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อการเลื่อนนัดผ่าตัดผู้ป่วย โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. Health Sci Clin Res. 2565;37(ม.ค.–มิ.ย.):2 1-10
8. Du H, Wang N, Yan F.(2018). Effects of preoperative nursing visit on stresses and satisfaction of patients for selective surgery [Internet]. Int J Clin Exp Med. 2018 [cited 2025 Jun 7];11(6):6255–61. Available from: http://www.ijcem.com/ISSN:1940-5901/IJCEM0069611
9. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2544). แนวทางการวัดและการประเมินคุณภาพการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ชี้วัด. ใน: นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, สุวิภา นิตยางกูร, อารี สหัสานัท, บรรณาธิการ. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
10. กลุ่มงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่.(2566). แนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. แพร่: โรงพยาบาลแพร่.
11. โรงพยาบาลแพร่.(2566). สถิติผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่. แพร่: โรงพยาบาลแพร่.
12. กลุ่มงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่.(2566). รายงานตัวชี้วัดประจำ ปี โรงพยาบาลแพร่ปี 2566.แพร่: โรงพยาบาลแพร่.
13. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications. 2nd ed. United States: Aspen Publishers; 1999.
14. Aliyu D, Adeleke IT, Omoniyi SO, Kolo S, Odofin OM, EssienEkaete P.(2015). Knowledge, attitude and practice of preoperative visit: A survey of Nigerian perioperative nurses. Am J Health Res. 2015;3(1-1):54–60. doi:10.11648/j.ajhr.s.2015030101.18
15. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.(2543). ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดีไซด์.
16. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2546). ความปลอดภัยของผู้ป่วย: Concept and practice. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดีไซด์.
17. กนกพร บุญประเสริฐ. (2549). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
18. สุทิพา ใจสมัคร.(2565). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2565;1(1):ไม่มีเลขหน้า.
19. วรวุฒิ จันทร์เพ็ง, กล้าเผชิญ โชคบำรุง.(2566). การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):ไม่มีเลขหน้า.
20. นิธิวดี สุธรรมรักษ์.(2558). การพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลค่าย สุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง [การค้นคว้าแบบอิสระ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
21. จารุณี ตั้งใจรักการดี.(2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561;3(1): 1-6
22. ยุวเรศ เสนาธรรม.(2555). การพัฒนาคุณภาพกระบวนการการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ [การค้นคว้าแบบอิสระ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร
Effect of the Health Promotion Program among Health Behavior of Personnel at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ศิริมา เทพสุภา[1] กิตติรัตน์ ไพจิตโรจนา[2] ไกรณญา เมธานวกิจไพศาล[2] มัญชุตา การย์กวินพงศ์[2]
Sirima Tepsupa[1] Kittirat Paijitrojana[2] Krainaya Methanavakijpisan[2] Munchuta Karnkawinpong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 36 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างความคิดและอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนและการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรม, การให้ความรู้ และเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าร่วมกลุ่มไลน์ เพื่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ 3) สนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์วิธีแก้ไขจัดการความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแบบสอบถามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรมี 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) จากแบบสอบถามของวราภรณ์ เลิศศิลป์ (2567) โดยมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.69 3) ข้อมูลองค์ประกอบร่างกายได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที (Paired t-test) ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 17.28, SD = 4.44) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 15.14, SD = 3.83) 2) ดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดัชนีมวลกายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 29.91, SD = 3.29) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 30.44, SD = 3.35) 3) ระดับไขมันช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับไขมันช่องท้องหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 14.28, SD = 4.83) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 14.86, SD = 4.72) จากผลการวิจัยควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรไปใช้กับบุคลากรกลุ่มอื่นให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This research is a quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design. The objective is to examine the effects of a health promotion program on the health behaviors of personnel at the Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The sample consists of 36 personnel from the institute. The experimental group received a health promotion program based on Pender's health promotion model, which includes 3 activities: 1) Workshop training, which includes 3 sub-activities are as follows: 1.1) Exchange ideas about health behavior awareness to create

[1] สถาบันบำราศนราดูร
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

thoughts and emotions for behavior change in 4 steps: Step 1: Awareness of the benefits of practicing the behavior, Step 2: Awareness of the obstacles to practicing the behavior, Step 3: Awareness of one's own abilities, Step 4: Feelings towards the behavior. 1.2) Providing knowledge through lectures on nutrition, exercise, and emotional management. 1.3) Develop skills related to health behaviors in emotional management and exercise, and provide feedback demonstrations to the sample group. Activity 2: Create group influence using the Line Open Chat group. Activity 3: Group discussion over a period of 12 weeks. The tools used for data collection include the health promotion program questionnaire consists of 3 parts, including 1) general information 2) Health behavior assessment, which the researcher used the 3 domains (food, exercise, and emotions) health behavior assessment from Waraporn Lerdsil's questionnaire (2024), with a reliability value of 0.69. 3) Body composition data were analyzed using percentage statistics, mean, standard deviation, and paired t-test statistics. The study results found that 1) the average health behavior scores before and after the 12-week trial differed significantly at the .05 level, with the post-program behavior score ($\bar{x}$ = 17.28, SD = 4.44) being higher than the pre-program score ($\bar{x}$ = 15.14, SD = 3.83). 2) The body mass index before and after the 12-week trial differed significantly at the .05 level, with the body mass index after participating in the program ($\bar{x}$ = 29.91, SD = 3.29) being lower than before participating in the program ($\bar{x}$ = 30.44, SD = 3.35). 3) The level of abdominal fat before and after the 12-week trial differed significantly at the .05 level, with the abdominal fat level after participating in the program ($\bar{x}$ = 14.28, SD = 4.83) being lower than before participating in the program ($\bar{x}$ = 14.86, SD = 4.72). Based on the research findings, the health promotion program for the health behaviors of personnel should be implemented more broadly among other groups of personnel to foster better health-promoting behaviors.
Keyword: Health Promotion Program, Health Behaviors

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases หรือกลุ่มโรค NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey; NHES) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2551 - 2552, 2557 - 2558 และ 2562 - 2563 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา, การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ, การกินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน), ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ม2), ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชายและ ≥ 80 ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol ≥ 240 มก./ดล.) โดยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวโน้มความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กุลพิมน เจริญดี และคณะ, 2566)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ภาวะลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่อำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง รวมทั้งมีการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารรสหวานจัด และอาหารที่มีไขมันสูง (นันทกร ทองแตง, 2562) พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อระดับน้ำตาลใน

เลือดสูง และไขมันในเลือดสูง ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เกินปกติ มีดัชนีมวลกาย (**Body Mass Index: BMI)** อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ **2** (**BMI ≥** 25 กก./ม^2) โดยปัจจัยด้านพฤติกรรมในการเกิดโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ (กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, 2564) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีหลากหลายรูปแบบ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นแนวคิดที่ได้รับการนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างแพร่หลาย มุ่งให้เกิดเป็นพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ประกอบด้วย พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวัฒนธรรม 2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) โดยมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความรู้สึกอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม, อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ และ 3) พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม, ความต้องการและความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ (วราภรณ์ เลิศศิลป์, 2567; วิชาญ มีเครือรอด, 2563; นพพร ทัพอยู่, 2565; ชุติภา แก้วลือ, 2567; เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์, 2563; ทองมี ผลาผล, 2560) สามารถลดระดับดัชนีมวลกาย (นพพร ทัพอยู่, 2565; อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด, 2564; เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์, 2563) และยังช่วยลดไขมันในช่องท้องได้ (วราภรณ์ เลิศศิลป์, 2567; นพพร ทัพอยู่, 2565; อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด, 2564; เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์, 2563)

รายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ในปี 2567 พบว่า มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน จำนวน 482 คน ร้อยละ 62.60 มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 389 คน ร้อยละ 50.50 มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 308 คน ร้อยละ 40.05 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จำนวน 191 คน ร้อยละ 24.60 มีความดันโลหิตสูงผิดปกติ จำนวน 220 คน ร้อยละ 28.57 บุคลากรมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ Metabolic syndrome ขั้นต้น จำนวน 405 ร้อยละ 52.60 และขั้นสูง จำนวน 124 คน ร้อยละ 16.10 ผลตรวจสุขภาพจิต บุคลากรมีความเครียดระดับมากถึงมากที่สุด 94 ราย ในจำนวนนี้เข้ารับการคัดกรองโรคซึมเศร้า 79 ราย พบว่า มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า 51 ราย มีอาการโรคซึมเศร้า 28 ราย มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 2 ราย (สถาบันบำราศนราดูร, 2567) จะเห็นได้ว่าบุคลากรที่มีพฤติกรรมดังกล่าว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการเจ็บป่วยจะเพิ่มค่าใช้จ่าย ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และสูญเสียอัตรากำลังในการพัฒนาองค์กร

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากรมีผลกระทบทั้งต่อบุคลากรและองค์กร การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะช่วยให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมผลลัพธ์ มาจัดทำเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ลดดัชนีมวลกาย และลดระดับไขมันช่องท้อง ชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในการพัฒนาองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนรา-ดูร

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันช่องท้องบุคลากรสถาบันบำราศนรา-ดูร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสถาบันบำราศนราดูรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2567 มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่มีโรคประจำตัว โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความคิดและอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรม, การให้ความรู้ และเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) อธิบายและมอบคู่มือ 7 สัปดาห์ สุขภาพดี หุ่นดี ที่บ้านของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อให้เป็นความรู้และนำไปปฏิบัติที่บ้าน 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าร่วมกลุ่มไลน์ เพื่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ 3) สนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ วิธีแก้ไข จัดการความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ลงนามร่วมกันเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลองค์ประกอบร่างกาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. จากแบบสอบถามของ วราภรณ์ เลิศศิลป์ (2567) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.69 ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์ ลักษณะข้อคำถาม 3 ระดับ ตามระดับความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และปฏิบัติเป็นประจำ โดยข้อคำถามมีความหมายทางบวกจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลองค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันช่องท้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยการ

หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) ข้อมูลองค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันช่องท้อง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร ในรหัสโครงการ N030q/67

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง มีจำนวน 36 ตน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 36.1 อายุเฉลี่ยคือ 40.42 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 55.6 น้ำหนักเฉลี่ย 80.34 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.25 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 30.44 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และระดับไขมันช่องท้องเฉลี่ย 14.86

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 17.28, SD = 4.44) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 15.14, SD = 3.83)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 36)

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	15.14	3.83	-2.638	.012
หลังทดลอง	17.28	4.44		

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในช่องท้องของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดัชนีมวลกายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 29.91, SD = 3.29) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 30.44, SD = 3.35) 3) ระดับไขมันช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับไขมันช่องท้องหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 14.28, SD = 4.83) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 14.86, SD = 4.72)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในช่องท้องของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 36)

ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในช่องท้อง	Mean	SD	t	p-value
ดัชนีมวลกายกลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	30.44	3.35	3.083	.004
หลังทดลอง	29.91	3.29		
ระดับไขมันในช่องท้องกลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	14.86	4.72	2.573	.014

หลังทดลอง	14.28	4.83		

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 36.1 อายุเฉลี่ยคือ 40.42 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 55.6 น้ำหนักเฉลี่ย 80.34 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.25 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 30.44 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และระดับไขมันช่องท้องเฉลี่ย 14.86 อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 17.28, SD = 4.44) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 15.14, SD = 3.83) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ในการทดลองนั้น ส่งผลให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยมีกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความคิดและอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรม, การให้ความรู้โดยการบรรยายเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) และเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งอธิบายและมอบคู่มือ 7 สัปดาห์ สุขภาพดี หุ่นดีที่บ้านของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อให้เป็นความรู้และนำไปปฏิบัติที่บ้าน กิจกรรมที่ 2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าร่วมกลุ่มไลน์ Healthy Hero BIDI โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ซึ่งทุกคนต้องเปลี่ยนรูปโปรไฟล์ และชื่อตามที่ผู้วิจัยกำหนด กิจกรรมประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างสื่อสารรูปการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และกิจกรรมผ่อนคลายในห้องแชทของแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ผู้วิจัยกระตุ้นแต่ละกลุ่มโดยการส่งรูปภาพ หรือคลิปวิดีโอเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) จำนวน 3 ครั้ง/ สัปดาห์ เพื่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ กิจกรรมที่ 3 สนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์วิธีแก้ไขจัดการความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ลงนามร่วมกันเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรมในการอบรมเชิงปฏิบัติการในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ 12 พบว่า มีทัศนคติ ความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรมดีขึ้น เช่น ในสัปดาห์ที่ 1 “รู้สึกตนเองไม่ค่อยแข็งแรง” “เหนื่อยง่าย” “สุขภาพไม่ค่อยดี ไขมันสูง อ้วน” เป็นต้น ผ่านโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ 12 สัปดาห์ พบว่า “รู้สึกแข็งแรงกว่าที่ผ่านมา” “มีความคล่องตัวเพิ่มขึ้น” “สุขภาพแข็งแรง เพราะออกกำลังกาย ทำกิจกรรมได้ไม่เหนื่อย” “สุขภาพดีขึ้น ตัวเบาลงนิดนึง” เป็นต้น และจากผลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความสอดคล้องกับการศึกษาของนพพร ทัพอยู่ (2565) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

และสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ เลิศศิลป์ (2567) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 24 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาญ มีเครือรอด (2563) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชุติภา แก้วลือ (2567) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร มีความสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์ (2563) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของทองมี ผลาผลและคณะ (2560) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์ (2563) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทองมี ผลาผลและคณะ (2560) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และระดับไขมันช่องท้องบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดัชนีมวลกายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 29.91, SD = 3.29) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 30.44, SD = 3.35) 3) ระดับไขมันช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับไขมันช่องท้องหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 14.28, SD = 4.83) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$ = 14.86, SD = 4.72) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมากขึ้น จากการทำกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความคิดและอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรม และเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้เกิดทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร เลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง และรู้เท่าทันอารมณ์ และจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ และยังได้รับคู่มือ 7 สัปดาห์ สุขภาพดี หุ่นดีที่บ้าน ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อเป็นความรู้และนำไปปฏิบัติที่บ้าน การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนพพร ทัพอยู่ (2565) พบว่า ระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมันในช่องท้อง รวมทั้งดัชนีมวลกายลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด (2564) พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์ (2563) พบว่า ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ผลของดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขัดแย้งกับการศึกษาของวิชาญ มีเครือรอด (2563) พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .18

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่อง 6 เดือน, 1 ปี เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมนำไปสู่การพัฒนาให้เหมาะสมกับบุคลากรต่อไป

2. ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต่อเนื่องในระดับองค์กร และขยายผลสู่บุคลากรกลุ่มอื่นๆ เพื่อขยายผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในองค์รวมขององค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำงานวิจัยนี้อย่างเต็มความสามารถจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กุลพิมน เจริญดี และคณะ. (2566). รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

2.นันทกร ทองแตง. (2562). โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคNCDs). https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1371_1.pdf

3.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. (2564). พยาบาลกับการสร้างเสริมสุขภาพคนวัยทำงาน ยุค 4.0. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13(2), 1-14.

4.วราภรณ์ เลิศศิลป์. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะอ้วนลงพุง ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในการควบคุมเรื่อง อาหาร ออกกำลังกายและการจัดการกับอารมณ์. www.srth.go.th/home/research (Vol.1 NO.1 February-December, 2024)

5.วิชาญ มีเครือรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 1(1), 70-85.

6.นพพร ทัพอยู่. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้อง และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(2), 1-12.

7.ชุติภา แก้วลือ. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเชียงเครือ ตำบลป่งไฮ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ. https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=307

8.เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์ และคณะ. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองต่อภาวะอ้วนของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. บูรพาเวชสาร, 7(2), 23-38.

9.ทองมี ผลาผล. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(1), 81-91.

10.อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด และสุภาพร แนวบุตร. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยคีตะมวยไทยต่อ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสมรรถภาพทางกายของบุคคลวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน [วิทยานิพนธ์การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

11.สถาบันบำราศนราดูร. (2567). รายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ปี 2567.

12.ชุติกาญจน์ หฤทัย และคณะ. (2557). มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย. ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิสย์.

13.เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model). สืบค้นจาก https://www.gotoknow.org/posts/115422

14.ฐาปนพร สิงหโกวินท์, สมศักดิ์ ปิ่นนาค, แรกขวัญ สระวาสี, มณฑล หวานวาจา, และนิริญา ธนธราธิคุณ. (2563). 7 สัปดาห์ สุขภาพดี หุ่นดี ที่บ้าน. ไซ-แอ็ม มีเดีย เพรส โปรดักส์ จำกัด.

15.Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). Health promotion in nursing practice. (4rd ed). USA: Appleton & Lange.

การพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์
Development of the nutrition intervention program for psychiatric patients with alcohol - related disorders.

จุฑามาส ถนอมพงษ์ชาติ[1] นัตตญา เวียงจันดา[1]
Chuthamas Thanompongchat[1] Nattaya Wiangchantha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ดำเนินการ 5 ขั้นตอน ส่วนที่ 1 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา 2) การกำหนดกรอบแนวคิด 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่าง 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ส่วนที่ 2 การทดลองใช้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย เปรียบเทียบความแตกต่าง ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และประเมินขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) การให้โภชนบำบัด 2) การให้โภชนศึกษา จำนวน 3 ครั้ง 3) การติดตามและประเมินผลหลังให้กลับบ้าน 4 สัปดาห์ ทางโทรศัพท์ ผลการใช้โปรแกรม พบว่า ค่าดัชนีมวลกายปกติสูงกว่าก่อนทดลอง คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value 0.002 และ 0.036 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การให้โภชนบำบัด, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ความรอบรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

Abstract

This study was research and development aimed to develop a nutrition intervention program for psychiatric patients with alcohol - related disorders, specifically designed for Nutritionist. This research is a research and development (R&D) approach following the 5 steps process of mental health technology research and development. Part 1: Development of the nutritional intervention program. The program was developed through 4 steps: 1. Need analysis 2. Conceptual framework 3. Prototype development 4. Testing - The program's academic quality was assessed using the index of Item Objective Congruence (IOC) and its reliability was tested in a trial with six comparable target patients. Part 2: Step 5 Pilot Study - A pilot study was conducted to implement the nutrition Intervention program. Data were collected from 12 participants, focusing on comparing changes in BMI, food consumption behaviors, nutrition literacy, and readiness to adopt healthy dietary behaviors (stage of change) before and after participating in the program. Statistical analysis was performed using a paired t-test.

Results: Part 1: The nutrition intervention program consisted of 3 main activities: Activity 1: Nutritional Therapy (Week) Activity 2: Nutrition Education (3 Sessions, Weeks 2 – 4) Activity 3: Monitoring and Evaluation (4 weeks post-discharge via telephone) Part 2: Implementation of the program resalted in improvements in BMI, with more participants achieving a normal range post-intervention. Monitoring and evaluation results showed a significantly improvement in healthy food consumption behavior (p = 0.002) and a significantly increase in nutrition literacy scores (p = 0.036).

Keywords: Nutrition therapy, Dietary behavior, Nutrition health care literacy, Psychiatric patients with alcohol use disorders

[1] โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ พบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ประมาณร้อยละ 3 ของภาระโรคทั้งหมด มีสัดส่วนการเสียชีวิตด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากดื่มแอลกอฮอล์ สาเหตุจากโรคระบบทางเดินอาหาร โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคติดเชื้อและโรคมะเร็ง การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ปี 2551 ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มีโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 7.1 การศึกษาโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตมีโรคร่วมทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 68.8 นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ[1] การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำว่าประชากรไทยทั่วไปทุกด้าน และมีโรคร่วมทางจิตเวชสูง

การเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ สมองและระบบจิตประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน โรคของระบบทางเดินอาหารและตับ ปัญหาด้านโภชนาการ มีการขาดสารอาหาร แบ่งได้ 2 ระดับ คือ 1) primary malnutrition มีความอยากอาหารลดลง กินอาหารไม่ครบมื้อ ร่วมกับการกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ทำให้ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2) secondary malnutrition มีการรับประทานอาหารเพียงพอหรือได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายอย่างเพียงพอ แต่แอลกอฮอล์ไป'0;รบกวนระบบการดูดซึมสารอาหาร ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น วิตามินบี 1 บี2 บี6 วิตามินเอ วิตามินดี โฟเลตฯลฯ และมีความผิดปกติการขาดสมดุลแร่ธาตุในร่างกาย เช่น โซเดียม โปตัสเซียม แมกนีเซียม ฟอสเฟต และภาวะแคลเซียม การศึกษาภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ตุลาคม 2550 – มีนาคม 2551 พนาวัลย์ จ้างประเสริฐ[2] พบมีโรคแทรกซ้อนทางกาย 82 คน มีภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ 47 คน ภาวะโลหิตจาง 22 คน โรคความดันโลหิตสูง 5 คน โรคปอดอักเสบ 3 คน โรคเบาหวาน 3 คน และโรคตับแข็ง 2 คน

ปัจจัยที่สำคัญในการบริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ คือ การให้บริการคัดกรอง ดูแล และประเมินผล เพื่อการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว กระบวนการดูแลทางโภชนาการ ประกอบด้วยการประเมินและฟื้นฟูความต้องการทางโภชนาการ พัฒนาวางแผนการรักษาผู้ป่วยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมุ่งเน้นการได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เพื่อฟื้นฟูร่างกายทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นสามารถทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดความต้องการอยากดื่มแอลกอฮอล์ ป้องกันการกำเริบของโรค และแก้ไขปัญหาโภชนาการเรื้อรังที่ส่งผลต่อสุขภาพ นักโภชนาการควรมีส่วนร่วมในโปรแกรมการักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย โปรแกรมการให้โภชนศึกษาสำหรับผู้ใช้สารเสพติดแบบเฉพาะรายบุคคล พบว่าช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจได้รับการให้โภชนศึกษาเพื่อจัดการกับโรคของผู้ป่วย ดังนั้นในผู้ที่ใช้สารเสพติดควรมีการให้โภชนศึกษาที่กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูสุขภาพ

การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ที่ได้รับวินิจฉัยโรคความผิดปกติและจิตประสาทซึ่งเกิดจากแอลกอฮอล์ F10.0 - F10.9 ตามเกณฑ์ ICD 10 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 32 ราย ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึง มีนาคม 2565 ด้วยการประเมินทางโภชนาการ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะโภชนาการด้วยการวัดสัดส่วนของร่างกาย 2) การประเมินภาวะโภชนาการทางชีวเคมี 3) การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก 4) การประเมินภาวะ

โภชนาการจากอาหารบริโภค พบว่าการวัดสัดส่วนร่างกาย ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 40.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของตับสูงกว่าค่าปกติ ได้แก่ SGOT และ SGPT ร้อยละ 43.8 และร้อยละ 21.9 ตามลำดับ ระดับเกลือแร่ต่ำกว่าค่าปกติ ได้แก่ โซเดียม และโพแทสเซียม ร้อยละ 28.13 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดต่ำกว่าค่าปกติ ได้แก่ ฮีโมโกลบิน และฮีมาโท คริต ร้อยละ 34.4 และร้อยละ 46.9 ตามลำดับ จากความสำคัญของปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีความสนใจการศึกษาและพัฒนา โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีกระบวนการพัฒนาตามคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่าง จนกระทั่งสามารถแสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์
2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยใช้กรอบการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน แต่การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 - 5 ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา (need analysis) 2) การกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) ข3) การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ (prototype development) 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (testing) 5) การทดลองใช้ (pilot study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับการบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ได้รับการการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา (Mental and behavioral disorders due to use of alcohol) -F10.0 – F10.9 ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ในหอผู้ป่วยชายและหญิง โรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับการบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ได้รับการการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา (Mental and behavioral disorders due to use of alcohol) –F10.0 – F10.9 ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ในหอผู้ป่วยชายและหญิง โรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เพศชาย – หญิง 2) อายุ 20 ปี ขึ้นไป 3) มีอาการทางจิตทุเลาลง จากการประเมินของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจากแบบประเมินภาวะวิกฤตตามระดับความเร่งด่วน (Staging) ของโรงพยาบาลศรีธัญญา 4) ผู้ป่วยหรือญาติ/ผู้ดูแลสามารถสื่อสาร อ่าน เขียนได้ปกติ 5) สามารถรับประทานอาหารทางปาก 6) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มีข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Liver Function Test (SGOT,SGPT) Electrolyte (K+) Complete Blood Count (White Blood Cell, Hemoglobin, Hematocrit) 7) ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่มีข้อจำกัดด้านการจัดบริการอาหารเฉพาะโรค กลุ่มโรคไตเรื้อรัง เก๊าต์ (อาหารลดพิวรีน) มะเร็ง G6PD

แพ้ถั่ว แพ้แป้งสาลี แพ้ไข่ แพ้อาหารทะเล 8) ไม่มีข้อจำกัดในการให้น้ำ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีอาการทางจิตอยู่ในระดับรุนแรงขึ้นไป ขณะเข้าร่วมการวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนดกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างการทดลองทางคลินิกในการทดลองใช้ (pilot study) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 12 คน

ขั้นตอนการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา (Need analysis)

1. วิเคราะห์สถานการณ์ความจำเป็นในการพัฒนาการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 32 ราย[3]

2. ทบทวนแนวปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงาน ในการดูแลด้านโภชนบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยและต่างประเทศ

3. การทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้ที่ดื่มสุราเรื้อรัง ความสัมพันธ์ระหว่างแอลกอฮอล์กับอาหาร โภชนาการ และสุขภาพ ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อปัญหาโภชนาการของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ กระบวนการดูแลทางโภชนาการ แนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง (DASH DIET) และโภชนาการกับการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ดื่มแอลกอฮอล์

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด (Conceptual framework)โดยการศึกษาข้อมูลจากการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลศรีธัญญา

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development) โดยวิธีการ ครั้งที่ 1 จัดสนทนากลุ่มกับทีมผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการและด้านจิตเวช จำนวน 5 คน ครั้งที่ 2 จัดสนทนากลุ่มกับนักโภชนาการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา 5 คน โดยนำผลการศึกษาครั้งที่ 1 มาสรุปเป็นโปรแกรมฯและครั้งที่ 3 ดำเนินการกำหนดรายละเอียด ออกแบบและจัดทำฉบับต้นร่าง จำนวน 3 ฉบับได้แก่

1. โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

3. แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (Testing) มีดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (ใช้เกณฑ์ IOC ไม่น้อยกว่า 0.8) ฉบับต้นร่าง จำนวน 3 ฉบับ

2. การปรับปรุงฉบับต้นร่าง และตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของฉบับร่าง 1

3. การปรับปรุงฉบับร่าง 1 และได้ฉบับร่าง 2

4. การตรวจสอบความเชื่อมั่นฉบับร่าง 2 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ฉบับจริงจำนวน 3 ฉบับ

ส่วนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 5 คือ การทดลองใช้ในระบบ (Pilot Study) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ One Group Pre test - Post test Design โดยนำผลที่ได้การศึกษาจากส่วนที่ 1 ได้แก่โปรแกรมฯและเครื่องมือรวม 3 ฉบับ ร่วมกับเครื่องมืออื่นจำนวน 3 ฉบับ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฯ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 1) การให้โภชนบำบัด 2) การให้โภชนศึกษา จำนวน 3 ครั้ง 3) การติดตามและประเมินผลหลังให้กลับบ้าน 4 สัปดาห์ ทางโทรศัพท์ ผลการใช้โปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 ปัญหาการกิน และระบบทางเดินอาหาร ส่วนที่ 3 การประเมินทางโภชนาการ ตามหลัก A B C D methods

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นความถี่ในการบริโภคอาหารมี 5 ระดับ (Rating scales) คือ 1) น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน 2) 1 – 3 ครั้งต่อเดือน 3) 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4) 4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 5) 1 – มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน

2.3 แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 15 ข้อ เก็บข้อข้อมูลก่อนให้โภชนศึกษา จำนวน 15 ข้อ และเก็บข้อมูลหลังให้โภชนศึกษา ครั้งที่ 1 ข้อ 1-5, ครั้งที่ 2 ข้อ 6-10 และครั้งที่ 3 ข้อ 11-15 ลักษณะคำตอบเป็น 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ

2.4 แบบสอบถามขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมก่อน-หลัง การให้โปรแกรม โดยให้เลือกตอบ (Check list) 6 ตัวเลือก และผู้ตอบสามารถเลือกเพียงคำตอบเดียว

2.5 แบบประเมินการบริโภคอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นการประเมินการบริโภคด้วยตนเองหรือการสัมภาษณ์ประเภทอาหารที่รับประทานและปริมาณที่บริโภคจริงใน 24 ชั่วโมง หรือ 1 วัน ที่ผ่านมา สำหรับผู้ป่วยโรงพยาบาล ใน 1 วัน ประกอบด้วย การบันทึกปริมาณอาหาร 3 มื้อ ประเภทอาหาร ข้าว-แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้หรือขนม นมหรืออาหารเสริม โดยใช้ภาพเป็นถาดอาหารของโรงพยาบาลดัดแปลงสัดส่วนของหลุมอาหารแต่ละประเภท

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือและแบบสอบถาม เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย จำนวน 5 คน ประกอบด้วย นักโภชนาการ จำนวน 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงเครื่องมือ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในรายการประเมินแต่ละข้อและวัตถุประสงค์ (IOC :Item Objective Congruence) ผลการทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในรายการประเมินแต่ละข้อและวัตถุประสงค์ (IOC :Item Objective Congruence) ครั้งที่ 2 ฉบับร่าง 1 โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าเทากับ 1.00 ผลการทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในรายการประเมินแต่ละข้อและวัตถุประสงค์ (IOC :Item Objective Congruence) ครั้งที่ 2 ฉบับร่าง 1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าเท่ากับ 1.00 ผลการทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในรายการประเมินแต่ละข้อและวัตถุประสงค์ (IOC :Item Objective Congruence) ครั้งที่ 2 ฉบับร่าง 1 แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าเท่ากับ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำโปรแกรม และเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปดำเนินการเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยใน ดำเนินตามกิจกรรมที่ 1-2 และเก็บข้อมูลหลังกลับบ้าน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 3 ระหว่างเดือนมีนาคม – สิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนข้อมูลทั่วไป และการประเมินทางโภชนาการ A B C D methods การวิเคราะห์ขั้นความพร้อมในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (Stage of Change) เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างหัวข้อความรู้และวัตถุประสงค์ของโปรแกรม และใช้การคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (IOC) การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที่ Paired t-test Wilcoxon Signed rank Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาล ศรีธัญญา เลขที่ STY.COA024/2564 วันที่รับรอง 23 กันยายน 2564 ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การให้โภชนบำบัด ประกอบด้วย

1. การประเมินทางโภชนาการ (Nutrition Assessment) ตามหลัก A B C D methods สัปดาห์ที่ 1

2. การวินิจฉัยทางโภชนาการ (Nutrition Diagnosis)

3. การดำเนินการดูแลทางโภชนาการ (Nutrition Intervention) ด้วยการจัดบริการอาหารผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลตามหลักสมดุลพลังงาน ระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. การติดตามและประเมินผลการให้โภชนบำบัด (Nutrition Monitoring & Evaluation) ด้วยการประเมินภาวะโภชนาการด้วยการวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometry assessment) คือ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การประเมินการบริโภคอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1 -4) และการประเมินขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ก่อน-หลัง)

กิจกรรมที่ 2 การให้โภชนศึกษา จำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 3 – 4 การสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เก็บข้อมูลในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ครั้งที่ 1 และการะประเมินความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ (ก่อน-หลัง) ครั้งที่ 1 - 3

กิจกรรมที่ 3 การติดตามและประเมินผลหลังกลับบ้าน 4 สัปดาห์ ทางโทรศัพท์ ด้วยการสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เก็บข้อมูลในระยะเวลา หลังจำหน่าย 1 เดือน

2. ผลการทดลองใช้โปรแกรม การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 12 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 เพศหญิง ร้อยละ 16.7 ช่วงอายุ ≤ 40 ปี ร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.92 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 66.7 การวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา F10.25 Dependence syndrome, Continuous use, F10.50 Psychotic disorder, Schizophrenia-like และ F10.26 Dependence syndrome, Epicodic use (dipsomania) ร้อยละ 50.0, ร้อยละ 22.23 และร้อยละ 11.12 ตามลำดับ มีโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนทางกาย ร้อยละ 66.66 ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง, ภาวะไขมันในเลือดสูง, ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ, ภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ และโรคความ

ดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.81, 23.81, 19.04, 14.28 และ 14.28 ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคเฉลี่ยต่อวัน มากกว่า 60 กรัม/วัน (ชาย), มากกว่า 40 กรัม/วัน (หญิง) เกณฑ์ระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 66.67 ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 11 ปี ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่ดื่มเฉลี่ย 17 ปี ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน (7วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 50.0 มีปัญหาการกิน และระบบทางเดินอาหาร ที่มีอาการต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ มีปัญหาเคี้ยว/กลืนลำบาก ร้อยละ 8.3 ท้องผูก ร้อยละ 16.67

การประเมินภาวะโภชนาการทางชีวเคมี (Biochemistry assessment) พบการทำงานของตับสูงกว่าค่าปกติ ได้แก่ SGOT (AST) มากกว่าหรือเท่ากับ 35 (ชาย), 31 (หญิง) ยูนิตต่อลิตร ร้อยละ 58.33 SGPT (ALT) มากกว่าหรือเท่ากับ 41 (ชาย), 31 (หญิง) ยูนิตต่อลิตร ร้อยละ 33.33 ระดับเกลือแร่ค่าผิดปกติ ได้แก่ โซเดียมน้อยกว่า 136 มิลลิโมลต่อลิตร ร้อยละ 33.34 โปตัสเซียมน้อยกว่า 3.5 มิลลิโมลต่อลิตร ร้อยละ 25 ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดที่มีค่าผิดปกติ ได้แก่ จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (White blood cell) มากกว่า 10,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร ร้อยละ 8.33 ค่าระดับโปรตีนในเซลล์เม็ดเลือดแดง (Hemoglobin) น้อยกว่า 13.0 กรัมต่อเดซิลิตร (ชาย), น้อยกว่า 12 กรัมต่อเดซิลิตร (หญิง) ร้อยละ 16.66 และค่าปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) น้อยกว่าร้อยละ 39 (ชาย), น้อยกว่าร้อยละ ร้อยละ 36 (หญิง) ร้อยละ 16.66 การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก (Clinical assessment) มีอาการผิดปกติ ได้แก่ เยื่อบุตา ปากซีด ร้อยละ 25.0 เล็บขาว ซีด เว้าคล้ายช้อน ร้อยละ 8.3 ปลายมือ ชา ร้อยละ 41.7 ปลายเท้า ชา ร้อยละ 33.3 ฝ่ามือหรือปลายนิ้ว แดงผิดปกติ ร้อยละ 8.3 ผิวหนัง มีแผลหรือจ้ำเลือด ร้อยละ 8.33 และผิวหนังแห้ง ร้อยละ 8.33 หน้าอก คอ มีเส้นเลือดฝอยแดงแตกแขนงคล้ายใยแมงมุม ร้อยละ 8.33 และกลิ่นลมหายใจมีกลิ่นคล้ายแอมโมเนีย ร้อยละ 8.33 การประเมินภาวะโภชนาการจากอาหารบริโภค (Dietary assessment) ตามชนิดอาหารที่รับประทาน และปริมาณที่กินได้ กินอาหารเหมือนปกติ ร้อยละ 100 ปริมาณที่กินได้ กินน้อย (ลดลง แต่มากกว่า 1/2 ของปกติ) ร้อยละ 25.0 และกินมากขึ้น ร้อยละ 16.67

ผลการดำเนินการดูแลทางโภชนาการ (Nutrition Intervention เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 25.0 และค่าดัชนีมวลกาย 18.5 – 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 58.35 พบว่าหลังเข้ารับโปรแกรมการให้โภชนบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย 18.5 – 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 83.34 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หลังเข้ารับโปรแกรม

เปรียบเทียบขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ หลังเข้ารับโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในขั้นที่ 3 ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว ร้อยละ 83.34 มากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในขั้นที่ 2 ขั้นลังเลใจ ร้อยละ 66.67

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการมากกว่ากว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม ความรู้การดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ (n=12)

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Wilcoxon singed	sig
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	rank test	
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	59.58	9.130	66.06	7.573	-3.074	0.002*
ความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ	9.17	1.030	13.75	1.215	-2.093	0.036*

หมายเหตุ * P < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ตามกระบวนการดูแลทางโภชนาการ[4,5,6] โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล ร่วมกับนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประเมินผล 3 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะโภชนาการ น้ำหนักตัว และค่าดัชนีมวลกาย 2) ด้านความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ 3) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง สามารถให้การดูแลทางโภชนาการ เพื่อค้นหาปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่มีผลต่อโรคหรือระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และได้รับการวางแผนการดำเนินการดูแลทางโภชนาการ ตามกระบวนการดูแลทางโภชนาการ อย่างถูกต้องและเหมาะสมเป็นการป้องกันและรักษาสมดุลของสารอาหารต่างๆ ในร่างกาย โดยป้องกันการเกิดปัญหาโภชนาการรวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการได้อย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลตามกระบวนการดูแลทางโภชนาการที่เหมาะสมทันเวลาทำให้มีโอกาสฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ตอบสนองต่อการรักษาจากทีมแพทย์ได้ดี รวมทั้งลดระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลลงอย่างชัดเจน[7] J R Biery, J H Williford Jr, E A McMullen[8] การให้โภชนบำบัดผู้ที่ฟื้นฟูสมรรถภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยรายการดัดแปลงและการให้คำแนะนำปรึกษาด้านโภชนาการเฉพาะรายบุคคลสามารถช่วยฟื้นฟูจากโรคพิษสุราเรื้อรังได้ และการให้แผนโภชนบำบัดด้วยการให้โภชนศึกษาช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีการเปลี่ยนแปลงขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ Stage of Change สอดคล้องกับ Louise P Grant , Betsy Haughton, Dileep S Sachan[9] พบว่าการให้โภชนศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญและสามารถเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ นักกำหนดอาหารควรนำการให้โภชนศึกษาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการรักษาด้วย

ผลการทดสอบโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะโภชนาการ น้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกาย 2) ด้านความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ 3) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามกระบวนการดูแลทางโภชนาการ (Nutrition care process) มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น อยู่ในเกณฑ์ปกติตามค่าดัชนีมวลกาย การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาจเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ ความรู้ซึ่งโปรแกรมนี้ได้จัดกิจกรรมการดำเนินการดูแลทางโภชนาการ (Nutrition Intervention) ด้วยการให้โภชนศึกษารายบุคคล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามหลักโภชนาการนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมนา ชูใจ[10] พบว่าโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตการบริโภคอาหาร มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความดันโลหิตสูงดีขึ้น[89] และสอดคล้องกับ เกียรติศักดิ์ แหลมจริง และคณะ[11] ที่พบว่าโปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยรุ่น อายุ 12 – 18 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนทดลอง และการศึกษาของ อลงกต สิงโต และคณะ (2561)[12] พบว่าการให้โภชนบำบัดทางการแพทย์มีประสิทธิผลช่วยปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของมวลกระดูกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมความรู้การดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมือนกัน สอดคล้องกับ ศุภลักษณ์ ทองนุ่น[13] ที่พบว่าความรู้ทางโภชนาการเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารและความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและสอดคล้องกับ วิรยา บุรินทร์[14] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับสูง แต่ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารที่ผิดวิธี รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และการศึกษาของ ชลิดา เลื่อมใสสุข, วัชรี พืชผล[15] ที่พบว่าการศึกษาความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ข้อสังเกตที่พบได้จากการสัมภาษณ์เพื่อติดตามและประเมินผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในด้านการเลือกรับประทานอาหาร แต่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยบางรายไม่ได้เตรียม หรือเลือกซื้ออาหารรับประทานเอง มีญาติหรือผู้ดูแลจัดหาให้ รวมถึงการขาดสถานะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอในการสนับสนุนการเลือกซื้อและเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ด้วย 3 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 การให้โภชนบำบัด กิจกรรมที่ 2 การให้โภชนศึกษา จำนวน 3 ครั้ง กิจกรรมที่ 3 การติดตามและประเมินผล หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ผลของโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามกระบวนการดูแลทางโภชนาการ (Nutrition Care Process) และได้รับความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยทางอ้อม ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ทางด้านโภชนาการต่ำ อาจจะประสบกับปัญหาทางโภชนาการ ทุพโภชนาการได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่รับการดูแลตามโปรแกรมการให้โภชนบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. นันทวัช สิทธิรักษ์.(2555). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;54(2):185-198
2. พนาวัลย์ จ้างประเสริฐ .(2552). รายงานการศึกษาภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2552;10(1):8-12.
3. นัตตญา เวียงจันดา.(2565). การศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์.(รายงานการวิจัย). กลุ่มงานโภชนศาสตร์, โรงพยาบาลศรีธัญญา: 2565

4. ภารดี เต็มเจริญ.(2563). หลักการเกี่ยวกับการประเมินทางโภชนาการ : การประยุกต์หลักการประเมินทางโภชนาการในสถานบริการสุขภาพ. ในเอกสารการสอนชุดวิชาหลักการและการประยุกต์วิธีประเมินทางโภชนาการ หน่วยที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
5. กรกต วีรเธียร.(2562). กระบวนการให้โภชนบำบัด (Nutrition Care Process). [อินเตอร์เนต]. การประชุมวิชาการสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทยประจำปี 2562 Dietetics Network Collaboration on Health Promotion and Disease Prevention; 22-24 เม.ย. 2562; กรุงเทพฯ. [กรุงเทพฯ]: สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย; 2562. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaidietetics.org/wpcontent/uploads /2019/04/240462- Lecture-documents-1.pdf
6. พรทิพย์ พสุกมลเศรษฐ์, อภิรัตน์ สุภธนาทรัพย์.(2563). การประยุกต์การประเมินทางโภชนาการในการดูแลผู้ป่วย: การประยุกต์การประเมินในกระบวนการดูแลทางโภชนาการ. ในเอกสารการสอนชุดวิชา หลักการและการประยุกต์วิธีประเมินทางโภชนาการ หน่วยที่ 11. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
7. ภารดี เต็มเจริญ.(2563). หลักการเกี่ยวกับการประเมินทางโภชนาการ : การประยุกต์หลักการประเมินทางโภชนาการในสถานบริการสุขภาพ. ในเอกสารการสอนชุดวิชาหลักการและการประยุกต์วิธีประเมินทางโภชนาการ หน่วยที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
8. J R Biery , J H Williford Jr, E A McMullen.(1991). Alcohol craving in rehabilitation: assessment of nutrition therapy. [Internet]. I am Diet Assoc. 1991; 91(4): 463-466. [cited 2022 Feb 10]. Available from: https :// pubmed .ncbi .nlm .nih.gov/2016494/
9. Grant LP, Haughton B, Sachan DS.(2004). Nutrition education is positively associated with substance abuse treatment program outcomes. [Internet]. Journal of the American Dietetic Association. 2004;104(4): 604-610. [cited 2022 Feb 10]. Available from: https://pubmed.ncbi.nih. Gov/15054346
10. สุมนา ชูใจ.(2558). ผลของโปรแกรมปรับวิถีชีวิตการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2558; 12(1): 159-167
11. เกียรติศักดิ์ แหลมจริง และคณะ.(2561). โปรแกรมโภชนบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยรุ่น อายุ 12 – 18 ปี.วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2561; 12(1): 22-31
12. อลงกต สิงโต, อุไรภรณ์ บูรณสุขสกุล, นริศรา เรืองศรี.(2561). ผลของการให้โภชนบำบัดทางการแพทย์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. [อินเตอร์เน็ต]. คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลับบูรพา. 2561. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://dspace.lib.buu.ac.th/bitstream/1234
13. ศุภลักษณ์ ทองนุ่น.(2552). การศึกษาความรู้ทางด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของบุคลากรโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท กรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาคหกรรมศาสตรบัณฑิต สาขาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม2565]. เข้าถึงได้จาก https://repository.rmutp.ac.th/handle/123456789/440?show=full
14. วิรยา บุญรินทร์.(2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
15. ชลิดา เลื่อมใสสุข, วัชรี พืชผล.(2561). ความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.วารสารปัญญาภิวัฒน์ 2561; 10(3):73-83.

ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

The results of the development of the revenue collection management process for the PP Fee Schedule in Kalasin Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ดาววิภา สาศรีเมือง[1]
Daowipa Sasrimuang[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนากระบวนการ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee Schedule และประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee Schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าความถี่ สถิติเชิงอนุมาน Paired – Sample T-Test และ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า หลังพัฒนากระบวนการ หน่วยบริการทุกแห่งสามารถจัดบริการเพิ่มขึ้น โดยมากที่สุด คือ รพ.กาฬสินธุ์ (ร้อยละ 100.0) จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม มีการจัดบริการ และจำนวนครั้งเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนากระบวนการ, ระบบจัดเก็บรายได้, PP Fee schedule

Abstract

This study was action research that aims to investigate the current situation, develop the management process, and compare the outcomes of revenue collection under the PP Fee Schedule system in Kalasin Province. The data were analyzed using descriptive statistics including percentage and frequency, as well as inferential statistics such as the Paired-Sample T-Test and the Wilcoxon Matched-Pairs Signed Rank Test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that, following the process development, all healthcare service units were able to increase the number of services provided. The highest improvement was observed at Kalasin Hospital, with a 100.0% increase. An analysis of the differences in the revenue collection management process under the PP Fee Schedule system, before and after the intervention, showed a statistically significant increase in both service provision and frequency at the 0.05 significance level.

Keywords: Process development, Revenue collection, PP Fee schedule

บทนำ

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย มีระบบหลักประกันสุขภาพหลักๆ จำนวน 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันถ้วนหน้า รายได้หลักจะมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว ในปี 2566 ประชากรมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 99.5 โดยเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ร้อยละ

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

74.2 ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน ร้อยละ 18.4 และสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 6.8 การซื้อประกันสุขภาพกับบริษัทประกันเอกชน ร้อยละ 6.4 สวัสดิการโดยนายจ้าง ร้อยละ 1.9 และจากแหล่งอื่น ๆ ร้อยละ 1.1[1]

PP fee schedule เป็นการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อสร้างเสริมความตระหนักและขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองและการป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยง การส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้ความรู้และการสาธิต การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันการใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค[2] ปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาแห่งชาติ กำหนดกรอบแนวทางการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP โดยใช้รูปแบบการเบิกจ่ายแบบ Fee schedule จำนวน 9 รายการ[3] โดยมีเป้าหมายเพื่อการเข้าถึงและครอบคลุมการดูแลประชาชนทุกกลุ่ม ทุกสิทธิการรักษา ในปีงบประมาณ 2566 ได้เพิ่มรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค Fee schedule เป็นจำนวน 22 รายการ[4] และเมื่อจัดบริการแล้วหน่วยบริการต้องมีการบันทึกข้อมูลในระบบให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์และความสมบูรณ์ของเวชระเบียน รวมถึงการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตาม บริการให้ครบถ้วน ซึ่งระบบการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการมีความสำคัญกับสถานะการทางการเงินการคลังของหน่วยบริการเป็นอย่างมาก[5] เพราะการให้บริการทุกบริการมีต้นทุนในการดำเนินงาน หากระบบจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบการได้รับชดเชยหลังให้บริการไม่ครบถ้วน ซึ่งหัวใจสำคัญของการจัดเก็บรายได้คือ การส่งข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาตามเงื่อนไข รวมถึงการจัดบริการตามศักยภาพระดับหน่วยบริการก็มีความสำคัญ กล่าวคือ หน่วยบริการแต่ละระดับจะมีศักยภาพที่แตกต่างกัน ตามขนาดโดยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง คือ บุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และอาคาร สถานที่ให้บริการ โดยโรงพยาบาลจะมีขนาดทั่วไปขนาดใหญ่ (S) ขนาดกลาง (M1-M2) และขนาดเล็ก (F1-3) หากโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานได้ครบทุกด้านตามศักยภาพก็จะส่งดีทั้งต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายและเพิ่มรายได้จากบริการดังกล่าวได้

จังหวัดกาฬสินธุ์ได้มีการขับเคลื่อนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee schedule 22 รายการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 โดยมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพทุกโรงพยาบาล ให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามศักยภาพ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้ครบถ้วน แต่ยังพบว่า หน่วยบริการยังดำเนินงานได้ไม่ครบตามกิจกรรมที่กำหนด ปีงบประมาณ 2567 เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ได้กำหนดเป็นประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น โดยตัวชี้วัดคือ ความครอบคลุมของการดำเนินงานตาม PP fee schedule ทุกรายการ ดังนั้นจังหวัดกาฬสินธุ์จึงได้กำหนดตัวชี้วัดคือ ความครอบคลุมของการดำเนินงานตาม PP fee schedule ทุกรายการตามศักยภาพของหน่วยบริการ และผลการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกิจกรรมที่ดำเนินการได้ ถือเป็นความท้าทายของหน่วยบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ต้องดำเนินการให้ได้ตามตัวชี้วัด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษา สถานการณ์นโยบายการดำเนินการต่าง ๆ นั้นมีความเป็นสำคัญอย่างยิ่ง จากแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory)[6] มีข้อเสนอให้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งมีกระบวนการให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา

จากความสำคัญที่กล่าวมาในข้างต้นจึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ

PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กรอบ แนวคิดทฤษฎีระบบ ที่ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบาย บุคลากร และผู้รับบริการ 2) กระบวนการ มุ่งไปที่ระบบการจัดเก็บรายได้ ได้แก่ การบริการ การบันทึกข้อมูล การส่งออกข้อมูล การเบิกจ่าย ค่าชดเชยการบริการ และการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ สถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและข้อเสนอแนะ โดยคาดว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานระบบจัดเก็บรายได้ให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนากระบวนการและเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีการเปรียบเทียบตัวแปรที่สนใจก่อนและหลังการจัดกิจกรรม และศึกษาเชิงคุณภาพ (Quality Research) มีการวิเคราะห์เนื้อหาของกระบวนการจัดกิจกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee Schedule (PPFS) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee Schedule (PPFS) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน 2567

การศึกษาในครั้งนี้ใช้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการักษาในช่วง วัน เวลา ดังกล่าว จึงไม่ได้ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ รูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนากับผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ทฤษฎีระบบ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตหรือผลลัพธ์ และผลกระทบ (2) การพัฒนารูปแบบ โดยใช้กระบวนการ PDCA แบ่งเป็น 4 กระบวนการ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และ Act การประยุกต์ใช้แผนการดำเนินงาน (3) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน เพื่อวิเคราะห์ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ ใช้การหาความตรงของเนื้อหา (validity) และความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมและความชัดเจนของเนื้อหา ทดสอบค่าความเที่ยงได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่อนำเสนอการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น คือ ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ตัวแปลผลลัพธ์เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous) และกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระต่อกัน (Dependent) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired – Sample T-Test และข้อมูลที่ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเลือกใช้ สถิติ Non-parametrice statistic คือ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test. และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการ

ผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามาถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. สถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ของปีงบประมาณ 2566 เป้าหมายกิจกรรมทั้ง 22 กิจกรรม พบว่า ศักยภาพของการจัดบริการของหน่วยบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์จะมีความแตกต่างกันตามระดับ โดยระดับของหน่วยบริการได้แก่ (1) ระดับ S คือ รพท.กาฬสินธุ์ (2) ระดับ M2 คือ รพร.กุฉินารายณ์, รพ.ยางตลาด, รพ.สมเด็จ, และ รพ.กมลาไสย (3) ระดับ F1 คือ รพ.หนองกุงศรี รพ. (4) ระดับ F2 คือ รพ.เขาวง, รพ.คำม่วง, รพ.ท่าคันโท, รพ.ห้วยเม็ก, รพ.นาคู, รพ.สหัสขันธ์, รพ.นามน, รพ.สามชัย, รพ.ห้วยผึ้ง และ รพ.ร่องคำ (5) ระดับ F3 คือ รพ.ฆ้องชัย และ รพ.ดอนจาน ซึ่งเมื่อศึกษาสถานการณ์แต่ละระดับแล้ว พบว่า

1.1 ระดับ S คือ รพ.กาฬสินธุ์ สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้ทั้งหมด 14 กิจกรรม (ร้อยละ 66.7) ให้บริการจำนวน 37,092 ครั้ง สามารถเบิกจ่ายเงินได้ 11,523,320 บาท ดังตารางที่ 3

1.2 ระดับ M2 ประกอบด้วย รพร.กุฉินารายณ์, รพ.ยางตลาด, รพ.สมเด็จ, และ รพ.กมลาไสย พบว่า รพ.กมลาไสย สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้มากที่สุด จำนวน 14 กิจกรรม แต่จำนวนครั้งของการให้บริการมากที่สุดคือ รพ.ยางตลาด จำนวน 37,092 ครั้ง ส่วนการเบิกจ่ายเงินได้มากที่สุด คือ รพร.กุฉินารายณ์ จำนวน 4,116,880 บาท ดังตารางที่ 3

1.3 ระดับ F1 คือ รพ.หนองกุงศรี สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้ทั้งหมด 11 กิจกรรม (ร้อยละ 52.4) ให้บริการจำนวน 8,403 ครั้ง สามารถเบิกจ่ายเงินได้ 1,761,900 บาท ดังตารางที่ 3

1.4 ระดับ F2 ประกอบด้วย รพ.เขาวง, รพ.คำม่วง, รพ.ท่าคันโท, รพ.ห้วยเม็ก, รพ.นาคู, รพ.สหัส-ขันธ์, รพ.นามน, รพ.สามชัย, รพ.ห้วยผึ้ง และ รพ.ร่องคำ พบว่า รพ.ที่สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้มากที่สุด คือ รพ.สามชัย ทั้งหมด 14 กิจกรรม (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ รพ.เขาวง และ รพ.นาคู จำนวน รพ.ละ 13 กิจกรรม (ร้อยละ 61.9) และจัดกิจกรรมได้น้อยสุดคือ รพ.นามน จำนวน 7

กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนจำนวนครั้งของการให้บริการ พบว่า รพ.คำม่วงให้บริการมากที่สุด จำนวน 9,553 ครั้ง รองลงมาคือ รพ.สามชัย จำนวน 7,805 ครั้ง และน้อยที่สุดคือ รพ.นามน จำนวน 2,122 ครั้ง การเบิกจ่ายเงิน พบว่า รพ.ที่สามารถเบิกจ่ายเงินได้มากที่สุดคือ รพ.คำม่วง จำนวน 1,933,800 บาท รองลงมาคือ รพ.สามชัย จำนวน 1,098,370 บาท และน้อยที่สุดคือ รพ.นามน จำนวน 265,960 บาท ดังตารางที่ 3

1.5 ระดับ F3 ประกอบด้วย รพ.ดอนจาน และ รพ.ฆ้องชัย พบว่า รพ.ดอนจาน สามารถบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ได้มากที่สุด จำนวน 11 กิจกรรม (ร้อยละ 57.1) แต่จำนวนครั้งของการให้บริการมากที่สุดคือ รพ.ฆ้องชัย จำนวน 4,342 ครั้ง และการเบิกจ่ายเงินได้มากที่สุดคือ รพ.ฆ้องชัย จำนวน 548,850 บาท ดังตารางที่ 3

2. การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อมูลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) ของโรงพยาบาล ทั้งหมด 18 แห่ง พบทุกหน่วยบริการมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ระดับ A (มากกว่า 90 คะแนน)

เมื่อพิจารณาผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) ของโรงพยาบาล ทั้งหมด 18 แห่ง ปีงบประมาณ 2566 ภาพรวมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) และด้านการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) มีคะแนนคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ด้านระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวนและและทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. และด้านการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วนและถูกต้อง (Code) ร้อยละ 99.3 และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ร้อยละ 85.3

3. กระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถกำหนดกระบวนการเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ 2567 ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Plan (การวางแผน) การวางแผนพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 มาเป็นตัวกำหนดกิจกรรมของแผนพัฒนา ซึ่งกิจกรรมที่ได้กำหนดขึ้น (1) มีข้อมูล/ระบุกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนของกิจกรรมบริการทั้ง 24 รายการ เพื่อการกำหนดและพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้มากขึ้น (2) สื่อสาร สร้างความเข้าใจของทีมงานร่วมกันทุกระดับโดยทบทวนคำสั่ง คกก.ศูนย์จัดเก็บรายได้ระดับจังหวัด (3) จัดทำแผนการให้บริการ ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน PP Fee Schedule (CCO และ PM ระดับจังหวัดและหน่วยบริการ) และจัดทำและปรับปรุง Flow chart ของการดำเนินกิจกรรมรวมถึงกระบวนงานเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิให้สัมพันธ์กับเกณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง (4) จัดทำโครงการพัฒนาการจัดเก็บรายได้ /PP FS ของหน่วยบริการในสังกัด สสจ.กาฬสินธุ์ (5) กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ของกิจกรรม และ (6) จัดทำแผนการติดตามและประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 Do (การปฏิบัติตามแผน) เมื่อจัดทำแผนดำเนินไว้แล้ว ได้มีการจัดประชุมชี้แจงอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ให้มี

องค์ความรู้หรือเพิ่มศักยภาพก่อนดำเนินงาน พร้อมร่วมจัดทำ Flow chart ของการดำเนินกิจกรรมและกระบวนงานเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิให้สัมพันธ์กับเกณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงให้เป็นภาพรวมของจังหวัด เพื่อให้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเดียวกัน

กิจกรรมที่ 3 Check (การตรวจสอบ) การตรวจสอบจะมี 2 ลักษณะ คือ การแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างดำเนินงานและการประเมินระบบโดยรวม ดังนี้

1) การแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินงาน คือ (1) กรณีระดับหน่วยบริการที่ดำเนินกิจกรรมตามแผนแล้วพบปัญหาหรือข้อมูลที่ส่งเบิกไม่ผ่านการตรวจสอบ ก็จะดำเนินการแก้ไขภายในระยะเวลาที่แต่ละหน่วยบริการกำหนด เมื่อแก้ไขได้แล้วก็ปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับหน่วยบริการหรือให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด (2) กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถแก้ไขได้เอง จะประสานมาที่หน่วยงานระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์) เพื่อขอคำแนะนำในการวางแผนและแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งช่วยประสานงานระหว่างหน่วยงานส่วนกลางด้วย (3) กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการ (Claim) จำแนกตามรายการ PP fee schedule ปี 2567 จำนวน 24 รายการ (ตามศักยภาพ) และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการ Claim PP Fee Schedule และผลงานการให้บริการของหน่วยบริการ ทุกเดือน สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน PP FS เสนอผู้บริหาร (CFO/กวป.) รายไตรมาส (4) พัฒนาระบบรายงานผลการดำเนินงานโดยจัดทำ Dashboard ในการกำกับติดตาม

2) การประเมินระบบโดยรวม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้กำหนดระยะเวลาในการประเมินผลงานของหน่วยบริการโดยใช้เครื่องมือประเมินผลตามแบบประเมินการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค PPFS หน่วยบริการสังกัดเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยบริการตามตัวชี้วัดที่กำหนด พร้อมทั้งเป็นการประเมินกระบวนการที่ได้วางแผนไว้ว่าเป็นไปตาม Flow chart หรือไม่ โดยการจัดประชุมและร่วมกันวิเคราะห์ผลงานจากข้อมูลที่ได้รับจัดสรรแต่ละหน่วยบริการ และพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ให้มีความเหมาะสมกับบริบท

กิจกรรมที่ 4 Act (การประยุกต์ใช้แผนการดำเนินงาน) เมื่อกระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดแล้ว ได้นำแผนงานนั้นมาเผยแพร่ให้หน่วยบริการได้ดำเนินการตามเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ พร้อมกันนั้นก็ได้นำไปเผยแพร่ให้กับระบบการจัดเก็บรายได้ของบริการรูปแบบอื่น ๆ เพื่อประยุกต์ใช้ให้มีประสิทธิภาพด้วย เช่น คู่มือแนวทางปฏิบัติศูนย์จัดเก็บรายได้จังหวัดกาฬสินธุ์ (Standard Operating Procedure) แบบประเมินการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค PPFS หน่วยบริการสังกัดเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น

4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดังกล่าว พบว่า หลังการกระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ทุกหน่วยบริการสามารถจัดบริการตามศักยภาพได้มากกว่าก่อนพัฒนาระบบ โดยหน่วยบริการที่สามารถจัดบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ รพ.นามน จำนวน 11 รายการ รองลงมาคือ รพ.กาฬสินธุ์ จำนวน 9 รายการ และหน่วยบริการที่จัดบริการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ รพ.สามชัย จำนวน 3 รายการ อีกทั้งยังสามารถให้บริการจำนวนครั้งผู้รับบริการตามรายกิจกรรมเพิ่มขึ้นทุกหน่วยบริการ ยกเว้น รพ.สามชัย ที่มีผล

ลงานบริการจำนวนครั้งที่ลดลงจากก่อนพัฒนากระบวนการ สำหรับการได้รับเงินชดเชยพบว่าหน่วยบริการที่ได้รับเงินชดเชยจากการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ รพ. ห้วยเม็ก จำนวน 443,640 บาท รองลงมาคือ รพ. ร่องคำ จำนวน 438,220 บาท และ รพ.นามน จำนวน 407,265 บาท ส่วนหน่วยบริการที่ได้รับเงินชดเชยจากการเบิกจ่ายลดลงมากที่สุด คือ รพ.กาฬสินธุ์ จำนวน -2,772,385 บาท รองลงมาคือ รพ.สมเด็จ จำนวน -747,775 บาท และ รพ.สามชัย จำนวน -346,160 บาท ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและผลต่างของการเปรียบเทียบผลการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee Schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

หน่วยบริการ	PP Fee Schedule								
	กิจกรรม (จำนวน)			จำนวนครั้งบริการ (ครั้ง)			การเบิกจ่ายเงิน (บาท)		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1. รพ.กาฬสินธุ์	14	23	9	37,092	49,507	12,415	11,523,320	8,750,935	-2,772,385
2. รพร.กุฉินารายณ์	14	19	5	12,095	24,386	12,291	4,116,880	4,460,886	344,006
3. รพ.ยางตลาด	12	18	6	13,346	17,016	3,670	2,964,945	2,692,065	-272,880
4. รพ.สมเด็จ	14	18	4	10,590	13,094	2,504	3,098,490	2,350,715	-747,775
5. รพ.กมลาไสย	16	19	3	6,866	11,314	4,448	1,292,865	1,356,240	63,375
6. รพ.หนองกุงศรี	11	19	8	8,403	17,709	9,306	1,761,900	1,955,290	193,390
7. รพ.คำม่วง	12	18	6	9,553	13,328	3,775	1,933,800	1,664,160	-269,640
8. รพ.เขาวง	13	18	5	5,793	10,596	4,803	1,082,210	1,415,785	333,575
9. รพ.นาคู	13	18	5	7,034	12,730	5,696	1,036,695	1,307,560	270,865
10. รพ.ห้วยเม็ก	9	15	6	4,546	9,264	4,718	842,070	1,285,710	443,640
11. รพ.สหัสขันธ์	11	16	5	4,938	7,899	2,961	1,080,735	971,905	-108,830
12. รพ.ท่าคันโท	11	18	7	4,544	6,462	1,918	886,915	882,920	-3,995
13. รพ.ร่องคำ	10	17	7	2,054	8,903	6,849	365,105	803,325	438,220
14. รพ.สามชัย	14	17	3	7,805	6,853	-952	1,098,370	752,210	-346,160
15. รพ.ห้วงผึ้ง	9	14	5	2,561	6,926	4,365	533,050	699,720	166,670
16. รพ.นามน	7	18	11	2,122	6,906	4,784	265,960	673,225	407,265
17. รพ.ฆ้องชัย	9	15	6	2,284	4,951	2,667	355,470	455,125	99,655
18. รพ.ดอนจาน	11	15	4	4,342	6,200	1,858	548,850	578,775	29,925

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม โดยพบว่า

(1) การจัดกิจกรรมบริการ ข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจงแจงปกติ จึงเลือกใช้สถิติ parametrice คือ Paired – Sample T-Test ผลการวิเคราะห์ พบว่า หลังการจัดกิจกรรมพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง -5.83 ดังนั้นก่อนและหลังการจัดกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่าเฉลี่ยของผลต่าง -6.85 ถึง -4.82 ดังตารางที่ 2

(2) จำนวนครั้งบริการ ข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจงแจงปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Non-parametrice คือ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test ผลวิเคราะห์ พบว่า

หลังการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หน่วยบริการมีค่ามัธยฐานของผลต่าง 3473.85 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง -5434.85 ถึง -2752.98 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบการจัดกิจกรรมบริการ การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 18)

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{x}_{diff}$	SD_{diff}	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
				95%CI for $\bar{x}_{diff}$	p-value
1. กิจกรรมบริการ (รายการ)	18	-5.83	2.04	-6.85 - -4.82	<0.0001
ก่อน	18	11.67	2.33		
หลัง	18	17.5	2.07		

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบการจัดกิจกรรมบริการ การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	$\bar{x}_{diff}$	SD_{diff}	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
			95%CI for SD_{diff}	p-value
1. จำนวนครั้งบริการ (ครั้ง)	-4893.11	3473.85	-5434.85 - -2752.98	0.0002
ก่อน	8109.33	7995.15		
หลัง	13002.44	10380.6		

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อ 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สถานการณ์ปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถจัดบริการ PP Fee schedule ได้ไม่ถึงร้อยละ 80 ของบริการทั้งหมด ทั้งนี้อาจเกิดจากเป็นบริการที่จัดขึ้นใหม่ ทำให้หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจถึงรูปแบบการจัดบริการและการเบิกจ่ายจึงทำให้ผลงานไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด ส่วนการเบิกจ่ายเงิน พบว่า รพท.กาฬสินธุ์ เบิกจ่ายได้มากสุด (11,523,320 บาท) ซึ่งมีขนาดใหญ่และจำนวนประชากรจำนวนมากจึงสามารถให้บริการได้มาก

เมื่อประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C: Self-Assessment) หน่วยบริการทุกหน่วยมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ระดับ A (มากกว่า 90 คะแนน) โดยด้านที่มีคะแนนน้อยสุดคือ ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (ร้อยละ 85.3) ซึ่งพบการบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุน สปสช. ยังเป็นปัญหาของหน่วยบริการมากที่สุดไม่สามารถแก้ไขได้ตามเวลาที่กำหนด

วัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กระบวนการเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ 2567 ใช้แนวคิดการบริหารงานแบบ PDCA[7] คือ (1) การวางแผนกำหนดกิจกรรม สื่อสาร สร้างความเข้าใจ จัดทำและปรับปรุง Flow chart ให้สัมพันธ์กับเกณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง และกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ให้ชัดเจน (2) การปฏิบัติตามแผน เพิ่มศักยภาพก่อน

ดำเนินงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานในแนวทางเดียวกัน (3) การตรวจสอบดำเนินการโดยการแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างดำเนินงาน และการประเมินระบบโดยการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยบริการตามตัวชี้วัดที่กำหนด และพัฒนากระบวนการให้เหมาะสมกับบริบท (4) การประยุกต์ใช้แผนการดำเนินงาน เมื่อกระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมแล้ว นำแผนงานนั้นมาเผยแพร่ให้หน่วยบริการได้ดำเนินการตามเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยพบว่าการกำหนดเป้าหมาย สื่อสาร พัฒนาศักยภาพ กระบวนการ และติดตามประเมินผล จะทำให้กระบวนการเกิดความสำเร็จได้[2]

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบ ปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถจัดบริการเพิ่มขึ้น โดยที่สามารถจัดบริการ PP Fee schedule มากที่สุด คือ รพ.กาฬสินธุ์ (ร้อยละ 100.0) น้อยสุดคือ รพ.ห้วยผึ้ง (ร้อยละ 60.9) ทั้งนี้เมื่อพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ทำให้หน่วยบริการในความเข้าใจและมีศักยภาพจัดบริการเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2566 ทุกแห่ง ส่วนการเบิกจ่ายเงิน พบมากที่สุดคือ รพท.กาฬสินธุ์ (8,750,935 บาท) และน้อยสุดคือ รพ.ฆ้องชัย (455,125 บาท) สอดคล้องกับขนาดของหน่วยบริการและจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ โดย รพท.กาฬสินธุ์ มีขนาดระดับ (S) ส่วน รพ.ฆ้องชัย มีขนาดระดับ (F3)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม โดยพบว่า การจัดกิจกรรมบริการ พบ หลังการจัดกิจกรรมพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หน่วยบริการมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง -5.83 ดังนั้นก่อนและหลังการจัดกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่าเฉลี่ยของผลต่าง -6.85 ถึง -4.82 และจำนวนครั้งบริการ พบ หลังการจัดกิจกรรมพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบจัดเก็บรายได้ของ PP Fee schedule ในจังหวัดกาฬสินธุ์ หน่วยบริการมีค่ามัธยฐานของผลต่าง 3473.85 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง -5434.85 ถึง -2752.98 หลังจากการจัดกิจกรรม หน่วยบริการสามารถปรับปรุงระบบจัดเก็บรายได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสามารถเพิ่มกิจกรรมบริการและให้บริการกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น[8] ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการมีประสิทธิผล และสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการในพื้นที่อื่น ๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับผู้บริหาร ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดให้ชัดเจน และถ่ายทอดนโยบายไปสู่การดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกระดับ พร้อมสนับสนุนปัจจัยหรือกระบวนการแห่งความสำเร็จของแต่ละปีงบประมาณ มีฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในการสะท้อนการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็วและจัดให้มีการนิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

2. สำหรับผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ มีกระบวนงานที่เป็นระบบ ติดตามผลการจ่ายค่าชดเชย ส่งเสริมความเข้าใจของผู้รับบริการในสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการ พัฒนาแนวทางการจัดบริการโดยใช้ในรูปแบบการบริหารจัดการให้มีความชัดเจน โดยการพัฒนาให้เกิดเป็นระบบที่มีความครบถ้วนทั้งในเรื่องของการบริหารจัดการ

การควบคุม คุณภาพ และระบบการจัดการด้านข้อมูล ภายหลังการให้บริการ

3. สำหรับ รพ.สต. ควรนำรูปแบบการดำเนินงานที่ได้นี้ไปปรับใช้ตามบริบทของหน่วยบริการ โดยเน้นให้ รพ.สต. จัดบริการให้ได้เต็มศักยภาพและเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ครบตามบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในหน่วยงานระดับ รพสต. เนื่องจากปัจจุบัน รพสต. สามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PP Fee schedule ได้หลายรายการ อีกทั้งยังสามารถเบิกชดเชยค่าบริการได้เอง จึงควรพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ของ รพสต. ด้วย

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบจัดเก็บรายได้ เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาปัจจัยนั้น ๆ แบบเจาะจง

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2566. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ปี 2566. (ออนไลน์) สืบค้นจาก: https://www.mhesi.go.th /index.php/all-media/book/9830-2566-18.html. ; 11-12.

2.เขตสุขภาพที่ 7.(2567). แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (Chief Prevention and Promotion Officer : CPPO) ปี 2567. ; 1-6.

3.บุญฤทธิ์ ล้วนศิริ.(2564). การประชุมชี้ แจงแนวทางการบริหารกองทุน PP Fee Schedule ปี งบประมาณ 2564. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี ปี 2564. (ออน์ไลน์) สืบค้นจาก: http://www.pknhospital.com/2019/data/pragun/64/P10.pdf. ; 3-29.

4.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น.(2566) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2566. (ออน์ไลน์) สืบค้นจาก: https://www.uckkpho.com/wp-content/uploads/2022/11/8.2-C2.pdf. ; 7-40.

5.ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์.(2566). รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปี 2556 ; 30: 106-122.

6.Von Bertalanffy, L. General (1956). System Theory: General Systems. Yearbook of the Society for the Advancement of General System Theory.; 1: 1-10.

7.ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม.(2562). เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย ปี 2562 ; 1: 39-46.

8.ภาณุมาศ อินทรกำแหง และคณะ.(2567). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับการเสริมแรงทางบวกที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ทำงานตาม PDCA ของพยาบาลปฏิบัติงานประกันคุณภาพโรงพยาบาล. วารสารแพทย์ทหารบก ปี 2567.; 77: 319-329.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Effectiveness of Health Promotion for Prevention New Cases of Diabetes Mellitus with Health Coach, Khiensa District, Surat-Thani Province.

(Received: June 29,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ศุภรดา จันทร์ถมยา[1] ศุภัช จันทร์ถมยา[2]
Suparada Janthomya[1], Supach Janthomya [2]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 350 คน ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ (โค้ช 1 คน ต่อ กลุ่มตัวอย่าง 7 คน) เป็นเวลา 3 เดือน ตามหลัก 3 อ 2 ส วัดผลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการฯ วิเคราะห์ข้อมูลจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการฯ ด้วยสถิติ Paired simples t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมกระบวนการฯ พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 148.7 (SD=10.2) เป็น 194.4 (SD=27.3) (t=272.4, p<0.001) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นจาก 63.2 (SD=5.5) เป็น 76.8 (SD=9.0) (t=216.4, p<0.001) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงจาก 112.5 mg/dl (SD=7.4) เป็น 96.2 mg/dl (SD=10.3) (t=283.2, p<0.001) หลังการทดลอง ร้อยละ 61.1 ของผู้เข้าร่วมมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติเปรียบเทียบกับ 0% ณ จุดเริ่มต้น

คำสำคัญ: โค้ชด้านสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effectiveness of health behavior modification for prevention of new cases of diabetes mellitus using health coaching in Khiensa District, Surat-Thani Province. A total of 350 participants at high risk for diabetes were included in this quasi-experimental study with a one-group pre-post test design. Participants engaged in a health behavior modification process with health coaches (1 coach per 7 participants) for 3 months, following the "3 Self 2 Avoid" principle (3อ 2ส). Data were collected using validated questionnaires assessing health literacy, health behavior modification, and blood glucose levels before and after the intervention. Statistical analysis included descriptive statistics and paired sample t-tests.

Finding reveal that the health coaching intervention, significant improvements were observed in all measured outcomes. Health literacy scores increased from 148.7 (SD=10.2) to 194.4 (SD=27.3) (t=272.4, p<0.001). Health behavior modification scores improved from 63.2 (SD=5.5) to 76.8 (SD=9.0) (t=216.4, p<0.001). Average blood glucose levels decreased significantly from 112.5 mg/dl (SD=7.4) to 96.2 mg/dl (SD=10.3) (t=283.2, p<0.001). After the intervention, 61.1% of participants achieved normal blood glucose levels compared to 0% at baseline.

Keywords: Health Coach, Health Behavior Modification, Health Literacy, Diabetes

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
[2] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นของโลก ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ใน พ.ศ. 2523 เป็น 422 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2561 คาดว่าปี พ.ศ. 2573 มีประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 600 ล้านคน[1] ถ้าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทางไต ทางตา ทางหัวใจและหลอดเลือด และทางเท้าถูกตัดเท้าหรือขา โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตพบมากที่สุด ข้อมูลความชุกของโรคไตเรื้อรังในประชากรโลกจะอยู่ประมาณ ร้อยละ 8-16 และคนไทยป่วยเป็นโรคไตติดอันดับ 3 ของอาเซียน รองจากมาเลเซียและสิงคโปร์ สาเหตุอันดับ 1 ของโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 37.5 เกิดจากโรคเบาหวาน รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3

จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) 470.6 517.9 และ 570.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยอำเภอเคียนซา มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) 449.7 299.5 และ 500.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[2] จากการทบทวนนโยบายแนวปฏิบัติและระบบการจัดการโรคเบาหวานในประเทศไทย เริ่มมีการประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการโรคเรื้อรัง ประกอบกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เล็งเห็นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยการสนับสนุนการคัดกรองให้ครอบคลุมยิ่งขึ้นภายใต้การกำหนดกรอบการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเพิ่มความสำคัญของกองทุนสุขภาพตำบลด้วยการสนับสนุนงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเป็นภาคีร่วมเพื่อการดำเนินงานเพื่อสอดรับนโยบาย และเป็นผลจากการทบทวนปัญหาของคณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยโรงพยาบาลเคียนซาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเคียนซา ที่พบว่า การแก้ปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ยังไม่บรรลุเกณฑ์ตัวชี้วัด และพบปัญหาอุปสรรคทั้งในเชิงระบบและการจัดการจึงเห็นสมควรเน้นการจัดการโดยเริ่มที่การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่

โค้ชด้านสุขภาพ (Health Coach) เป็นหลักการบำบัดทางจิตวิทยาที่ได้รับการคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick[3] ซึ่งได้นำหลักการทางจิตวิทยาสุขภาพและจิตวิทยาการโค้ชมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีสัมพันธภาพที่เท่าเทียมและเป็นเพื่อนคู่คิดกันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หลัก "3 อ 2 ส" เป็นกรอบการทำงานที่คุ้นเคยในระบบสุขภาพไทย ประกอบด้วย อาหาร (การรับประทานอาหารที่เหมาะสม) ออกกำลังกาย (การออกกำลังกายสม่ำเสมอ) อารมณ์ (การจัดการอารมณ์และความเครียด) เลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มเหล้า กรอบการทำงานนี้สอดคล้องกับหลักการโค้ชด้านสุขภาพและให้โครงสร้างที่คุ้นเคยสำหรับทั้งผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ตามหลัก 3 อ 2 ส ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมุ่งหวังว่ากระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมลดการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi–experimental study) แบบกลุ่มเดียวมีการวัดก่อน-หลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ผ่านการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ระหว่าง 100-125 มก.ดล. ในปี 2567 จำนวน 5,818 คน[4]

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดตัวอย่างของประชากร โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบขนาดประชากร[5] คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 347 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 350 คน

ทำการสุ่มเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มเลือกตัวอย่าง ในแต่ละตำบล และสุ่มเลือกประชากรตัวอย่างให้ได้ตามจำนวนประชากรที่ได้แจกแจงไว้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ คือ 1) มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ผ่านการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ระหว่าง 100-125 มก.ดล. 2) สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเอง ได้ปกติ 3) มีโทรศัพท์มือถือ (Smart phone) และสามารถใช้งานโทรศัพท์มือถือได้ และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถเข้าร่วมกระบวนการฯ ได้ครบ 3 เดือน เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพอันเป็นผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ 2) มีภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น ภาวะช็อคจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ 3) เมื่ออาสาสมัครมีความประสงค์ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต

2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการสุขภาพตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ[6] ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับสูง > 80% 2) ระดับปานกลาง ระหว่าง 60-80% และ 3) ระดับต่ำ <60%

3) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ตามหลัก 3 อ 2 ส ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์[7]

4) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเคียนซา จัดอบรมโค้ชด้านสุขภาพ (Health Coach) เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเคียนซา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเคียนซา และโรงพยาบาลเคียนซา รวมจำนวน 50 คน

2) Health Coach แบ่งโซนในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และติดตามการดูแลให้คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส

3) Health Coach 1 คน: กลุ่มตัวอย่าง 7 คน โดยการสร้างกลุ่มไลน์ระหว่างกัน เพื่อใช้ในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

4) Health Coach ติดตามการดูแลกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม

สุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ตามหลัก 3 อ 2 ส โดย Health Coach ประกอบด้วย

4.1) จัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Personal health promotion plan)

4.2) ติดตามให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจและความเชื่อถือให้กับกลุ่มตัวอย่าง (Motivation and accountability)

4.3) ให้สุขศึกษารายบุคคล (Education) ดำเนินการให้ความรู้เป็นรายบุคคล และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้กับกลุ่มตัวอย่าง

4.4) ให้การดูแลติดตาม กลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง (Long-term support)

5) กลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดย Health Coach เป็นเวลา 3 เดือน

6) เมื่อครบ 3 เดือน ประเมินผลหลังดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมเพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ตามหลัก 3 อ 2 ส และประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามตามหลัก 3 อ 2 ส โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส และระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยสถิติ Paired simples t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO 2025-56

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.6 คะแนนต่ำสุด 111 และคะแนนสูงสุด 175 โดยหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 66.0 คะแนนต่ำสุด 72 และคะแนนสูงสุด 240 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตามตามหลัก 3 อ 2 ส พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีการพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.9 คะแนนต่ำสุด 43 และคะแนนสูงสุด 80 โดยหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 คะแนนต่ำสุด 44 และคะแนนสูงสุด 95 ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือด ในระดับเบาหวานแฝง ร้อยละ 100.0 ค่าต่ำสุด 100 mg/dl และค่าสูงสุด 125 mg/dl หลังเข้าร่วมกระบวนการฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือด ในระดับปกติ ร้อยละ 61.1 ค่าต่ำสุด 70 mg/dl และค่าสูงสุด 125 mg/dl

สำหรับผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ *ก่อน*และ*หลัง*เข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 148.7 และ 194.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=272.4$, $p<0.001$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ *ก่อน*และ*หลัง*เข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 63.2 และ 76.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=216.4$, $p<0.001$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด *ก่อน*และ*หลัง*เข้าร่วม

โปรแกรมฯ เท่ากับ 112.5 และ 96.2 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=283.2, p<0.001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง*ก่อน*และ*หลัง*การเข้าร่วมกระบวนการฯ (n=350)

ผลของการเข้าร่วมกระบวนการฯ	*ก่อน*เข้าร่วมกระบวนการฯ		*หลัง*เข้าร่วมกระบวนการฯ		t	*p*-value
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	148.7	10.2	194.4	27.3	272.4	<0.001
พฤติกรรมสุขภาพ	63.2	5.5	76.8	9.0	216.4	<0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด	112.5	7.4	96.2	10.3	283.2	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ครั้งนี้ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ระหว่าง 100-125 มก.ดล. เข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยโค้ชด้านสุขภาพ (Health Coach) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังจากนั้น แบ่งโซนในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และติดตามการดูแลให้คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส Health Coach 1 คน ต่อกลุ่มตัวอย่าง 7 คน โดยการสร้างกลุ่มไลน์ระหว่างกัน เพื่อใช้ในการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ติดตามการดูแลต่อเนื่องตามแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ตามหลัก 3 อ 2 ส โดย Health Coach ด้วยแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Personal health promotion plan) การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อถือให้กับกลุ่มตัวอย่าง การให้สุขศึกษารายบุคคล (Education) ดำเนินการให้ความรู้เป็นรายบุคคล และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคเบาหวานและติดตามดูแลกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษา พบว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการฯ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

การดำเนินกระบวนการฯ เริ่มด้วยการที่ Health Coach จัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Personal health promotion plan) ซึ่งจะเริ่มด้วยการประเมินสภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ผลการตรวจระดับในเลือด ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ตามหลัก 3 อ 2 ส ก่อนเข้าร่วมกระบวนการฯ เพื่อจัดแผนการดูแลที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา เชี่ยวชาญและสุนันทา ศรีศิริ[8] พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

สำหรับกระบวนการสร้างแรงจูงใจและความเชื่อถือให้กับกลุ่มตัวอย่าง (Motivation and

accountability) นั้น Health Coach จะติดตาม สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ตามหลัก 3 อ 2 ส ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับ Bandura[9] กล่าวว่าการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual supports) จากบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อม ซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก และมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานหรือพฤติกรรมเสี่ยงลงไป และการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน

กระบวนการให้สุขศึกษารายบุคคล (Education) ดำเนินการให้ความรู้เป็นรายบุคคลและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เกี่ยวกับโรคเบาหวานให้กับกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามความคาดหวัง ทำให้เกิดแรงจูงใจในตัวบุคคลมีกระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสม และยังช่วยพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคลให้มีการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ โดย Health Coach เน้นการพัฒนาทักษะ ทั้ง 6 ด้าน ที่ทำให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล ประเมินข้อมูล นำความรู้มาคิดวิเคราะห์ เลือกใช้ข้อมูลและสื่อสารสุขภาพได้ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbea[10] ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะในการได้มา ประมวลผล และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงการใช้บริการต่างๆ เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมด้านสุขภาพ การโค้ชด้านสุขภาพในการศึกษานี้ได้เน้นการสร้างทักษะดังกล่าวผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการให้คำปรึกษาเชิงบวก และสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ทองคำ และคณะ[11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 78.5±12.4 เป็น 94.2±8.7 ($p<0.001$) พฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงจาก 105.8±7.2 mg/dl เป็น 98.3±6.1 mg/dl

สำหรับกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส Health Coach กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ก่อนเข้าร่วมประบวนการฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพฯ ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.9) คะแนนเฉลี่ย 63.2 (SD=5.5) จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ Health Coach ได้กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เป็นอยู่และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ และให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ โดยเน้นให้สรุปหลักการและทางเลือกในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรู้เท่าทันสื่อ และกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง โดยพบว่าหลังเข้าร่วมกระบวนการฯ เป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพฯ ในระดับปานกลาง (ร้อยละ

52.9) รองลงมา ระดับสูง (ร้อยละ 43.7) คะแนนเฉลี่ย 76.8 (SD=9.0) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ของ Prochaska และ DiClemente[12] ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านขั้นตอนต่างๆ โดยการโค้ชด้านสุขภาพทำหน้าที่เป็นตัวสนับสนุนให้บุคคลเคลื่อนไหวจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราชันย์ วีระชัย และคณะ[13] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการโค้ชในการป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนเขตเมือง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 110.7±6.8 mg/dl เป็น 96.5±5.9 mg/dl

กระบวนการให้การดูแลติดตาม กลุ่มตัวอย่าง อย่างต่อเนื่อง (Long-term support) เป็นกระบวนการที่ Health Coach ติดตามดูแลกลุ่มต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน ผ่านระบบไลน์ โทรศัพท์ หรือการติดตามที่บ้านเป็นครั้งคราว เนื่องจาก Health Coach เป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน และได้มีการแบ่งโซนเพื่อความสะดวกในการติดตามของ Health Coach จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำแนะนำหรือตอบข้อสงสัย กับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างต่อเนื่องและสะดวก รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez & Garcia[14] ได้ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการโค้ชสุขภาพในผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศสเปน พบว่า ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโค้ชและผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและวัดผลได้ การติดตามอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนจากครอบครัว และการบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการให้การดูแลติดตามผู้ป่วย

ในการศึกษาวิจัย Health Coach 1 คน ติดตามดูกลุ่มตัวอย่าง 7 คน ตามแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส เป็นเวลา 3 เดือน ซึ่งการประเมินผลเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยแบบสอบถาม การประเมินอาจมีความคลาดเคลื่อน ซึ่งควรประเมินผลด้านสุขภาพระยะยาว ต่อเนื่องทุก 6 เดือน -1 ปี เช่น การตรวจ HbA1C การตรวจตา ไต เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การโค้ชด้านสุขภาพเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ โดยสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการนำการโค้ชด้านสุขภาพไปใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผลและพัฒนารูปแบบการโค้ชให้เหมาะสมกับบริบทของประชากรไทยต่อไป นอกจากนี้ การป้องกันโรคเบาหวานเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขที่ต้องการการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การโค้ชด้านสุขภาพจึงเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่มีศักยภาพในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสร้างเครือข่ายการโค้ชด้านสุขภาพในระดับชุมชน และพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งบูรณาการการโค้ชด้านสุขภาพเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนาระบบการส่งต่อและการประสานงานระหว่างระดับบริการ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการอบรม และเพิ่มพูนทักษะในด้านการให้สุขศึกษากับบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งจัดหาสื่อในการ

เผยแพร่ความรู้รูปแบบต่างๆ เช่น แผ่น CD แผ่นพับ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เหมาะกับการใช้งาน เป็นต้น

3. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ควรขยายผล Health Coach โดยนำรูปแบบการโค้ชด้านสุขภาพนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เช่น ในชุมชน รวมทั้งขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง จิตเวช และพัฒนาคู่มือการโค้ชด้านสุขภาพสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข

4. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 ควรพิจารณานำกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ ตามหลัก 3 อ 2 ส โดย Health Coach ไปปรับใช้ในจังหวัดอื่นๆ โดยเน้นสนับสนุนการให้บริการเชิงรุก ในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ด้วยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ อย่างเข้มข้น เช่น การสนับสนุนสื่อต่างๆ พาหนะ และทีมวิชาชีพ ในการออกปฏิบัติงานเชิงรุก และการพัฒนาศักยภาพ Health Coach

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อศึกษาความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินผลกระทบระยะยาวต่อการป้องกันโรคเบาหวาน

2. ศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์

3. ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการโค้ชที่แตกต่างกัน เพื่อหารูปแบบการโค้ชที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. 2023 [cited 2025 May 20]; Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ cardiovascular-diseases-(cvds).
2. ระบบรายงานข้อมูล HDC.(2567). ข้อมูลสถานะสุขภาพ. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 25 เม.ย. 2568];เข้าถึงจาก: https://sni.hdc.moph.go.th /hdc/reports/report.php? &cat_id= 6a1fdf 282fd 28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5.
3. Miller & Rollniek.(1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. The Guilford Press. [Internet]. 1991 [cited 2025 May 20]; Available from: https://psycnet.apa.org/record/1991-98398-000.
4. โรงพยาบาลเคียนซา.(2567). รายงานประจำปีโรงพยาบาลเคียนซา ปีงบประมาณ 2564-2566. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเคียนซา. 2567.
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
6. เสรี ราชโรจน์.(2537). หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
7. กรมควบคุมโรค.(2567). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน. กระทรวงสาธารณสุข.
8. วิภาดา เชี่ยวชาญ และสุนันทา ศรีศิริ.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการโค้ชสุขภาพแบบรายบุคคลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2567; 42(1), 45-58.
9. Bandura, A.(1986). Social Foundation of Thought and Action: A Social of Cognitive Theory. NJ: Prentice-Hall.
10. Nutbeam, D.(2008). The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12):2072-78.

11. วิไลวรรณ ทองคำ และคณะ.(2565) การศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2565; 17(1), 123-136.
12. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C.(1986). The transtheoretical approach: Dynamics of action in behavior change. John Wiley & Sons.
13. ราชันย์ วีระชัย และคณะ.(2564). การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการโค้ชในการป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(4), 567-580.
14. Martinez, E., & Garcia, R.(2003). Success factors in health coaching for chronic disease patients: A qualitative study in Spain. Patient Education and Counseling 2023; 106(4), 824-831.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

The effects of the palliative care program for advanced cancer patients in Ronphibun Hospital.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 21,2025 ; Accepted: June 22,2025)

สุลีสกฤษณ์ มานะจิตต์[1] **ธเนศ สังข์ศรี**[2]
Suleesakrit Manajit[1] **Tanes Sangsri**[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของการแทรกแซงโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการลดภาวะความทรมานและความวิตกกังวลในผู้ป่วยในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งออกเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง) จำนวน 27 ราย และกลุ่มได้รับการดูแลปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 27 ราย พบว่าเมื่อสิ้นสุดการแทรกแซง กลุ่มได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย ESAS ที่ลดลง ($p < 0.05$) ได้แก่ อาการปวด ซึมเศร้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิตกกังวล ความสบายทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ในขณะที่กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติมีเพียงอาการปวดและคลื่นไส้เท่านั้นที่เห็นผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างชัดเจน ($p < 0.05$) ที่สำคัญของงานวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ย GAD-7 ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีค่าเท่าเดิม ผลลัพธ์จากการสร้างโปรแกรมในงานวิจัยนี้สะท้อนการพัฒนาคุณภาพของการบริการที่เพิ่มขึ้นเชิงประจักษ์จากความพึงพอใจในภาพรวมของโปรแกรม "พอใจมากที่สุด" การจัดการมะเร็งระยะท้ายและการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายมีศักยภาพในการบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมทางจิตใจที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

Abstract

The objective of this study was to examine the effects of a palliative care intervention program for advanced cancer patients on the reduction of suffering and anxiety at Ronpiboon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. This quasi-experimental research was divided into an intervention group (n = 27), which received the palliative care program, and a control group (n = 27), which received standard care. At the end of the intervention, the intervention group showed a significant reduction in mean ESAS scores ($p < 0.05$), including pain, depression, fatigue, nausea, anxiety, physical and emotional comfort, and dyspnea. In contrast, the control group demonstrated significant improvement only in pain and nausea ($p < 0.05$). Importantly, the study also found that the mean GAD-7 score in the intervention group decreased significantly, while the control group's score remained unchanged. The outcomes of this program reflect an empirically enhanced quality of service, as evidenced by overall satisfaction with the program, with participants reporting being "most satisfied." Management of terminal cancer and the promotion of meaningful living have the potential to alleviate suffering and foster psychological well-being in patients with advanced cancer.

Keywords: Palliative care program, advanced cancer patients, Ronphibun Hospital

บทนำ

มะเร็งระยะท้ายหรือมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายมักสัมพันธ์กับความท้าทายของผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง โดดเดี่ยว วิตกกังวล รวมถึงความกลัวต่อความทุกข์ทรมาน การพึ่งพิงผู้อื่น ความตาย และอาการทางกาย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ Corresponding Author: tanes.s@pnu.ac.th

หลายประการ การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในความต้องการการสนับสนุนและความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ความยากลำบากในการจัดการกับระบบสุขภาพที่ซับซ้อน รวมถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่ใกล้เข้ามา ทั้งหมดนี้อาจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความเครียดและความทุกข์ในกลุ่มประชากรนี้[1] การดูแลแบบองค์รวมเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตวิญญาณเป็นแนวทางที่มีผลลัพธ์ในทางที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยและญาติ[2] ปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในการรักษาโรคมะเร็งแต่ยังมีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนหนึ่งที่มีการลุกลามของโรคเข้าสู่ระยะท้ายที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล[2] ผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากประสบปัญหาอาการต่าง ๆ เช่น อาการปวด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และท้องผูก เป็นต้น ผู้ที่อยู่ในภาวะดังกล่าวจะต้องประคับประคองอาการเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ลดลง[3, 4]

ปัญหาที่โดดเด่นที่สุดในกลุ่มนี้ ได้แก่ ภาระทางกายภาพจากโรค ความไม่มั่นคงในความผูกพันทางจิตใจ (เช่น ความกังวลที่เกิดจากความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่สนับสนุนและความสามารถในการใช้ความสัมพันธ์เหล่านั้นเพื่อรับการสนับสนุนทางอารมณ์)[5] ความท้าทายสำหรับผู้ดูแลในสถานการณ์นี้ คือ การสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยข้ามผ่านช่วงเวลาที่เลวร้ายในขณะที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมสภาพทางร่างกาย การมีชีวิตอยู่ที่สั้นลงและความตาย ปัจจัยทั้งในระดับบุคคลและสังคมหลากหลายประการอาจช่วยปกป้องบุคคลในสถานการณ์นี้ได้ แต่การสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญมีความสำคัญในการป้องกันและรักษาความทุกข์ทรมานที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย[6] หัวใจของการดูแล คือ การให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในทุกช่วงวัยตลอดจนเครือญาติโดยมุ่งเน้นการลดและป้องกันอาการเจ็บปวดรวมถึงความทุกข์ใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปด้วยความสงบและรักษาความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้รวมถึงให้การดูแลและสนับสนุนครอบครัวและญาติ[7] ซึ่งการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการสนับสนุน การสื่อสารที่ดี การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ และการสนับสนุนความช่วยเหลือต่างๆ ล้วนมีผลในด้านดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[7-9] สามารถเห็นผลลัพธ์ได้จากการจัดโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจากงานวิจัยก่อนหน้า[3, 4, 6, 7, 10-13] ซึ่งพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลโดยมุ่งเน้นที่รายบุคคลจะเห็นผลลัพธ์ที่ดีกว่าการจัดการเป็นกลุ่มเนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีความต้องการที่ต่างกัน[14] โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายซึ่งมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 6 ถึง 12 เดือน การดูแลที่เหมาะสมควรมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มคุณภาพชีวิต[1] ในทศวรรษที่ผ่านมา กระบวนการจัดการดูแลแบบประคับประคองมีความก้าวหน้าอย่างมากและได้มีการประยุกต์ให้เข้ากับหลักความเชื่อที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและเชื้อชาติ[15] และเสริมสร้างคุณค่าของชีวิตอย่างสมบูรณ์[15] โดยรูปแบบการดูแลที่สำคัญที่สุดคือการมีสติรู้ตัวจนถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต การวางแผนงานศพอย่างรอบคอบ การลดภาระต่อญาติหรือสังคม รวมถึงสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ขณะเดียวกันการตายควรเป็นไปอย่างสงบ ไม่เจ็บปวด รวดเร็ว และปราศจากความทุกข์ทรมาน[16] การศึกษาต่าง ๆ จากเอเชียได้รายงานองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด 4 ประการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากเครือญาติ การสื่อสารที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์ และการปราศจากความทุกข์ทางด้านร่างกายและจิตใจ[17, 18]

ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าอาสาสมัครที่ได้รับการแทรกแซงการดูแลแบบประคับประคองจะมีผลต่อการบรรเทาอาการทางร่างกายให้ลดลง อารมณ์ดีขึ้น มีความสงบ และใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพน้อยลงตลอดช่วงเวลาของโรคเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการแทรกแซงด้วยโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่ออาการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการ

รักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ซึ่งแบ่งผู้เข้าร่วมออกเป็นกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ วัดผลทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยในการวิจัยนี้ได้นำกรอบแนวคิดจากทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ซึ่งพัฒนาโดยคอร์เนเรีย รูแลนด์และเชอร์เลย์ มอร์[19] มาใช้เป็นพื้นฐาน ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การไม่รู้สึกเจ็บปวด การได้รับประสบการณ์ความสบายใจ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี การมีความสงบภายใน และการมีความใกล้ชิดกับคนที่รักและผูกพัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งชายและหญิงที่พักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอร่อนพิบูลย์ ซึ่งครอบคลุมตำบลร่อนพิบูลย์ หินตก เสาธง ควนพัง ควนชุม และควนเกย โดยเริ่มเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 – วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครที่เข้าร่วมจะได้รับการประเมิน The Palliative Performance Scale (PPS) ซึ่งมีคะแนนไม่เกิน 50%[20] กำหนดค่าขนาดอิทธิพลตามแนวทางของโคเฮน[21] โดยเลือกใช้ขนาดอิทธิพลระดับกลางที่ 0.5[22] การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการผ่านโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 สำหรับงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์และชีวการแพทย์[23] โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบ (power analysis) = 0.80 ระดับนัยสำคัญหรือแอลฟ่า = 0.05 อำนาจทดสอบ คือ 80%[24] ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 27 ราย ในการคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมและกำหนดกลุ่มควบคุมในมีอัตราส่วน 1:1 รวมทั้งหมด 54 ราย คัดเลือกอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน (matching) และพูดภาษาไทยได้อย่างคล่องแคล่ว ไม่มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาที่ระบุไว้ในประวัติทางการแพทย์หรือโดยแพทย์ผู้ดูแลโรคมะเร็ง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลสำหรับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพ ชนิดของโรคมะเร็ง เป็นต้น ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับประเมินผลลัพธ์ของการแทรกแซงด้วยโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการความทุกข์ทางด้านร่างกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)[25-27] คะแนนถูกกำหนดบนมาตราส่วนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการเลย และ 10 คืออาการระดับสูงสุดของความรุนแรง 2) เครื่องมือสำหรับประเมินภาวะทางจิตใจ ได้แก่ แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder 7; GAD-7) ฉบับภาษาไทย[28] แบบประเมินได้เคยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาในงานวิจัยก่อนหน้ากับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย[3, 22, 29-34] ประกอบด้วยแบบประเมิน ESAS มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.8[29-31] และแบบประเมิน GAD-7 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83[32]

การดำเนินการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครถูกจดบันทึกในทะเบียนหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ อาสาสมัครที่มีคะแนน PPS ไม่เกิน 50% ได้รับการคัดเลือกและเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรม แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาและการดูแลภายใต้มาตรฐานปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในช่วงการรักษาแบบประคับประคองพร้อมทั้งได้รับการตรวจและรักษาตามแผนการที่แพทย์เจ้าของไข้กำหนดไว้ โดยทำการประเมิน ESAS และ GAD-7 ใน

วันแรกและวันที่สี่ของโปรแกรม ก่อนที่จะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 27 รายต่อไป

กลุ่มทดลอง คัดเลือกโดยข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรที่สอดคล้องกับกลุ่มควบคุมผ่านกระบวนการจับคู่ (matching) เพื่อเข้าโปรแกรมตามขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ครั้งแรกของโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง โดยใช้แบบประเมิน ESAS และ GAD-7 ขั้นต่อไปเป็นการรับฟังความในใจของกลุ่มตัวอย่างและรับฟังปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรค ความมุ่งหวังในระยะสุดท้ายของชีวิตพร้อมทั้งการวางแนวทางสำหรับช่วงท้ายของชีวิต จากนั้นให้อาสาสมัครได้ทบทวนความในใจและการปรับจิตใจเพื่อเตรียมพร้อมเดินทางไปสู่ปลายทางของชีวิตอย่างสงบสุข โดยมีการตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพโรคและอาการปัจจุบันตามข้อมูลจากแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลและวางเป้าหมายร่วมกันอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเวลาสำหรับการแบ่งปันความรู้ร่วมกันในหัวข้อการดูแลตัวเองในระยะท้ายของชีวิตและการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตในช่วงเวลานี้ พร้อมทั้งให้กำลังใจและจัดตารางนัดหมายครั้งถัดไป

ครั้งที่สอง ผู้วิจัยได้ทบทวนแผนและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่เหลือของชีวิตจากข้อมูลที่ได้จดบันทึกในการดำเนินการครั้งแรก มีการอธิบายแนวทางการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การไม่รู้สึกเจ็บปวด การได้รับประสบการณ์ความสบายใจ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี การมีความสุขสงบทางใจ และการผูกพันใกล้ชิดกับคนที่รัก การดำเนินการยังมีการดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้นและรายงานอาการให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบรับทราบและประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อขอคำปรึกษาอย่างครบถ้วนตามตามปัญหาของอาสาสมัครแต่ละราย

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างตั้งใจจะบรรลุในช่วงเวลาที่เหลือของชีวิต พร้อมกับติดตามผลการดำเนินงานในครั้งที่สองโดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวทางเดิม จากนั้นทบทวนประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและสำรวจสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ได้แจ้งความประสงค์ในการดำเนินการครั้งก่อนหน้าพร้อมรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อสำรวจความค้างคาใจและความปรารถนาสุดท้าย เพื่อหาแนวทางในการคลี่คลายปมค้างคาใจและสนับสนุนให้ความปรารถนานั้นสำเร็จลุล่วง จากนั้นจัดสถานการณ์ให้ผู้ป่วยและญาติได้ใช้เวลาร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึก เช่น การขอโทษ การให้อภัย และการขอบคุณ รวมถึงการสื่อสารผ่านช่องทางเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น ไลน์หรือวิดีโอคอล จากนั้นสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนจัดการในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อแสดงเจตนาและความต้องการก่อนวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกับทีมผู้ดูแลสุขภาพและตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในรูปแบบการสนทนาแบบสั่งเสียหรือการจัดทำเป็นเอกสารลายลักษณ์อักษร พร้อมนัดหมายการติดตามผลในครั้งถัดไป

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยได้ทบทวนเป้าหมายในการช่วยปลดปล่อยความกังวลใจและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทำตามความประสงค์สุดท้ายพร้อมทบทวนผลจากการจัดโปรแปรมในครั้งที่ 3 โดยสอบถามถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบัน รวมทั้งข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงานด้านการดูแลและสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม และสรุปผลการดูแลแบบประคับประคองทั้ง 4 ครั้ง ประเมินผลกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมด้วยแบบประเมิน ESAS และ GAD-7 ขั้นสุดท้ายแสดงความขอบคุณต่อการเป็นอาสาสมัครและปฏิบัติตามขั้นตอนจนเสร็จสิ้น โดยเน้นย้ำผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยังสามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้ด้วยตนเอง ในขั้นสุดท้ายให้อาสาสมัครตอบแบบประเมินความพึงพอใจและช่องทางติดต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลลัพธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์เพื่อทดสอบความแตกต่างด้านของประชากรกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ด้านอาการทาง

ร่างกายและความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่มทดสอบด้วยสถิติ paired T-test โดยตั้งระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีเลขที่รับรอง 207/2567

ผลการศึกษา

อาสาสมัครที่เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานในด้านลักษณะประชากรและลักษณะทางคลินิกที่ใกล้เคียงกัน ($p \geq 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ศาสนา ประเภทของโรคมะเร็ง สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วยเป็นมะเร็ง และสิทธิ์ในการรักษา โดยเฉลี่ยอายุของทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ประมาณ 63 ปี (SD = 13.1 สำหรับกลุ่มแทรกแซง และ SD = 13.8 สำหรับกลุ่มควบคุม) สัดส่วนของสถานภาพสมรสและระดับการศึกษาในทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน ขณะที่จำนวนผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุมมี 5 และ 7 คน ตามลำดับ อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) และได้ป่วยเป็นโรคมะเร็งมากว่า 1 ปี กลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุมรับสิทธิ์ในการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 26 และ 25 ราย ตามลำดับ ลักษณะด้านประชากรของทั้งสองกลุ่มมีความสอดคล้องในลักษณะพื้นฐานช่วยลดความลำเอียงและเพิ่มความน่าเชื่อถือในการเปรียบเทียบผลการทดลอง

การประเมินอาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แบบประเมิน ESAS

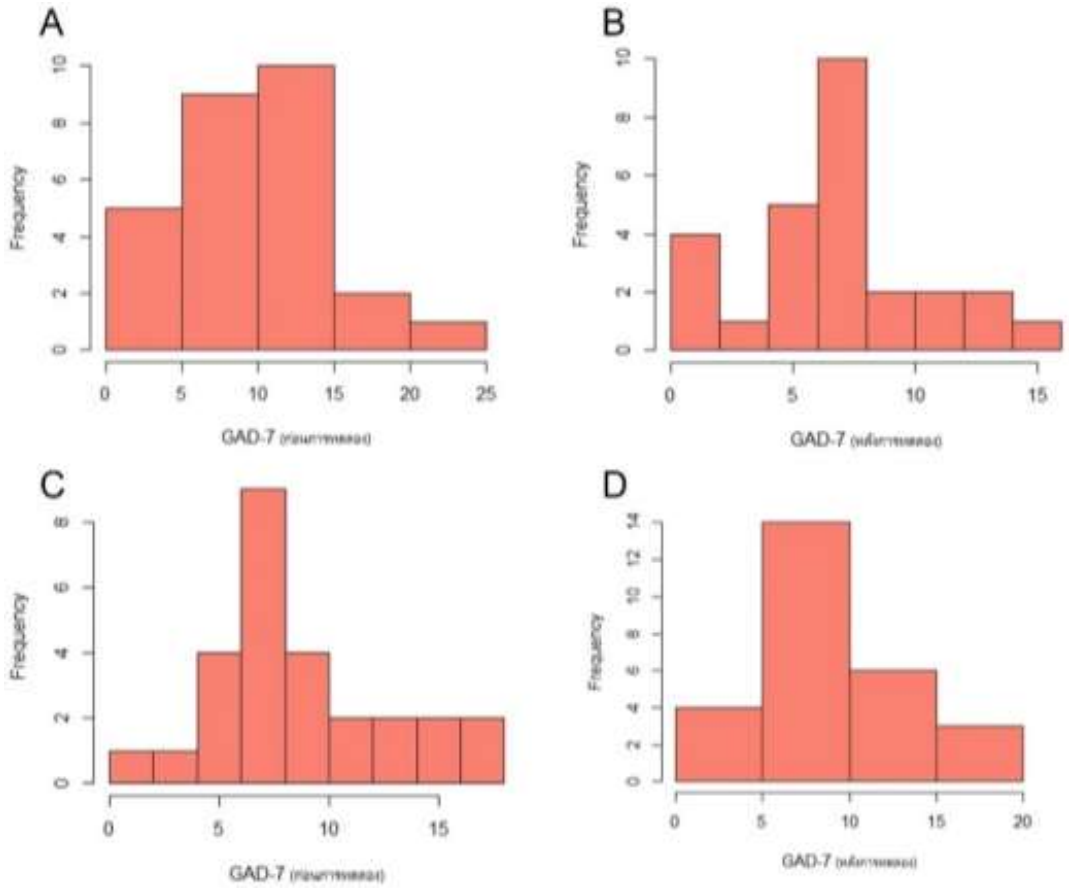
จากการวิเคราะห์อาการรบกวนทางร่างกายด้วยแบบประเมิน ESAS พบว่าหลังการแทรกแซงกลุ่มทดลองมีอาการเจ็บปวดทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลายอาการ ได้แก่ ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะความสงบสุขทั้งทางกายภาพและจิตวิญญาณ รวมถึงเหนื่อยหอบ (ตารางที่ 1) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการปรับปรุงที่มีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในอาการปวดและคลื่นไส้เท่านั้น ซึ่งไม่เห็นผลลัพธ์ในส่วนของอาการอื่น ๆ การแทรกแซงในกลุ่มได้รับโปรแกรมส่งผลให้อาการรบกวนหลายด้านดีขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เห็นผลลัพธ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้นสะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบ paired t-test

อาการรบกวน ESAS	กลุ่มทดลอง ค่า Median (Interquartile Range)		*p*-value	กลุ่มควบคุม ค่า Median (Interquartile Range)		*p*-value
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
ปวด	3 (1.5, 4)	2 (0, 3)	0.004	3 (2, 5)	2 (1, 4)	< 0.001
คลื่นไส้	2 (0, 4)	1 (0, 2)	<0.001	3 (2, 4)	2 (1, 3)	0.0385
อ่อนเพลีย	7 (5, 8)	5 (4, 6)	<0.001	6 (6, 7)	6 (5, 7)	0.1184
วิตกกังวล	5 (4, 7)	3 (3, 4.5)	<0.001	5 (3, 5)	5 (3, 6)	0.165
อาการซึมเศร้า	4 (2.5, 6)	3 (2, 4)	<0.001	4 (3, 5)	4 (3, 5)	0.161
เบื่ออาหาร	4 (5, 5.5)	3 (1, 5)	0.125	3 (2.5, 4)	4 (2.5, 4)	0.227
สบายดีทั้งกายและใจ	6 (5, 7)	4 (3, 5)	<0.001	6 (5, 7)	6 (5, 7)	0.573
อาการง่วงซึม	2 (1, 5)	2 (0.5, 3.5)	0.060	3 (2, 5.5)	3 (2, 5)	0.232
อาการเหนื่อยหอบ	5 (3, 8)	4 (2.5, 6)	0.003	4 (3, 6)	4 (3, 6.5)	0.057

การประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อเปรียบเทียบการกระจายของคะแนนภาวะวิตกกังวลจากผลการประเมิน GAD-7 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ในกลุ่มแทรกแซงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนน GAD-7 กระจายอยู่ระหว่าง 5 ถึง 15 คะแนน ขณะที่บางส่วนมีคะแนนสูงถึง 20 ถึง 25 คะแนน (ภาพที่ 1A) เมื่อประเมินอีกครั้งหลังจากการแทรกแซงกลับพบว่าคะแนนส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในช่วงระหว่าง 5 ถึง 8 คะแนน เท่านั้น (ภาพที่ 1B) สำหรับกลุ่มควบคุม คะแนนส่วนใหญ่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในช่วง 5-10 คะแนน (ภาพที่ 1C) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมคะแนนยังคงอยู่ในช่วง 5-10 โดยมีบางรายที่มีคะแนนสูงถึง 15-20 คะแนน (ภาพที่ 1D)

นอกจากนี้ ในกลุ่มแทรกแซงมีคะแนนเฉลี่ย GAD-7 ก่อนเริ่มโปรแกรมอยู่ที่ 10.07±5.08 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนลดลงหลือ 7.14±3.76 ($p < 0.05$) ซึ่งบ่งชี้ว่าการดูแลระยะท้ายช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างชัดเจน ขณะที่กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ย GAD-7 ก่อนทดลองเท่ากับ 9.22±4.02 และหลังทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 9.48±4.44 ($p > 0.05$)



ภาพที่ 1 แสดงการกระจายคะแนน GAD-7 ในแต่ละกลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง A) และ B) แสดงกระจายคะแนน GAD-7 ของกลุ่มแทรกแซงก่อนและหลังการทดลอง ตามลำดับ C) และ D) แสดงกระจายคะแนน GAD-7 ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวล หรือ GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	$\bar{X}$±SD	$\bar{X}$±SD
ก่อนทดลอง	10.07±5.08	9.22±4.02
หลังทดลอง	7.14±3.76	9.48±4.44
p-value (Paired t-test)	$P < 0.001$	$P = 0.229$

ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อการเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครกลุ่มการแทรกแซงมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.05$) โดยพบว่าภาพรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับ "พอใจมาก" เป็น "พอใจมากที่สุด" อย่างไรก็ตาม สิ่งที่จะต้องพัฒนาให้ดีขึ้น คือ ด้านความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการและด้านการรับฟังปัญหา เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากที่สุด ผลการประเมินยังบ่งชี้ให้เห็นถึงความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคลที่เป็นตัวส่งเสริมให้ผลการดูแลความสำเร็จในเชิงอาการคลินิกและจิตใจ

สรุปและวิจารณ์ผล

โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ได้ดำเนินการวิจัยครั้งแรกเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผลลัพธ์จากการศึกษาบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้โดยพบว่ากลุ่มแทรกแซง (กลุ่มทดลอง) มีอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการประเมิน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน ยกเว้นอาการง่วงซึมและเบื่ออาหาร และยังสามารถลดความกังวลได้อย่างชัดเจนในกลุ่มแทรกแซง สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลระยะท้ายนี้สามารถช่วยบรรเทาความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจน และได้รับความพึงพอใจในภาพรวมจากกลุ่มแทรกแซงในระดับมากที่สุด

ประชากรทั้งหมดที่เข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้มีคุณสมบัติพื้นฐานที่เหมือนกันทุกด้านซึ่งค่า *p*-value ของตัวแปรทั้งหมดมากกว่า 0.05 ลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุมที่เหมือนกันเป็นข้อดีสำคัญของการวิจัยเนื่องจากช่วยป้องกันการเกิดอคติซึ่งมีสาเหตุมาจากความแตกต่างของตัวแปรพื้นฐานและช่วยเสริมความน่าเชื่อถือของผลการทดลองเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทำให้การสรุปผลมีความแม่นยำและชัดเจนยิ่งขึ้น[35]

ผลการประเมินทางร่างกายโดยใช้แบบประเมินอาการความทุกข์ทรมาน (ESAS) พบว่ากลุ่มแทรกแซงมีการเปลี่ยนแปลงของอาการรบกวนในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการปวด (p=0.004) อ่อนเพลีย (p<0.001) วิตกกังวล (p<0.001) คลื่นไส้ (p<0.001) อาการซึมเศร้า (p<0.001) ความสุขสบายทางกายและใจ (p<0.001) และอาการเหนื่อยหอบ (p=0.003) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงในกลุ่มทดลองมีผลดีต่อการบรรเทาอาการเหล่านี้สัมพันธ์กับผลการวิจัยก่อนหน้าที่ให้ผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน[3, 34, 36] สำหรับอาการง่วงซึมและเบื่ออาหารแม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.060 และ 0.125 ตามลำดับ) ในขณะกลุ่มควบคุมมีการลดลงของอาการปวด (p<0.001) และคลื่นไส้ (p=0.0385) แต่อาการอื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ อาการง่วง และเบื่ออาหาร ไม่เปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการรักษาหรือการดูแลตามปกติในกลุ่มควบคุมไม่ได้ช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ดีเท่ากับกลุ่มแทรกแซงที่สามารถช่วยบรรเทาอาการรบกวนหลายประการ

เป้าหมายที่สำคัญอีกประการของการแทรกแซงด้วยโปรแกรมการในครั้งนี้ คือ การที่ผู้ป่วย

มีภาวะความวิตกกังวลลดลง จะเห็นได้ว่าหลังสิ้นสุดการแทรกแซงกลุ่มแทรกแซงมีคะแนน GAD-7 ลดลงจากค่าเฉลี่ย 10.07±5.08 เหลือ 7.14±3.76 (p<0.001) ในทางกลับกันกลุ่มควบคุมมีคะแนน GAD-7 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 9.22±4.02 เป็น 9.48±4.44 (p = 0.229) ผลลัพธ์ที่ได้เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Lo และคณะ[22] ที่เน้นการจัดการโรคมะเร็งและส่งเสริมการดำเนินชีวิตอย่างเต็มเปี่ยมด้วยคุณค่าช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่งผลให้ความทุกข์ทรมานลดลงและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ[37] ดังนั้น บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแล หัวใจสำคัญของกระบวนนี้ คือ การกำหนดเป้าหมายและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบตามความประสงค์ที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า[20]

อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากับผู้ป่วยพบว่าเหตุการณ์ที่เคยพบเห็นเป็นตัวแปรสำคัญต่อการรับรู้และยอมรับความจริงเกี่ยวกับการจากไปอย่างสงบ โดยผู้ที่เคยพบเห็นการจากไปของญาติหรือคนในครอบครัวที่มีอาการทรมานหรือจากไปอย่างไม่สงบ[38] หัวข้อเกี่ยวกับความตายและกระบวนการตายมักถูกพูดถึงอย่างเปิดเผยในกลุ่มประเทศตะวันตกมากกว่าในกลุ่มประเทศเอเชีย[39] นอกจากนี้ คนเอเชียให้สิทธิ์การตัดสินใจเรื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับญาติเป็นส่วนใหญ่มากกว่าคนชาติตะวันตก[40] และชาวเอเชียส่วนใหญ่เลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าคนในชาติตะวันตกเช่นกัน ดังนั้น การเข้าใจความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการยกระดับคุณภาพชีวิต หากผู้ให้บริการด้านสุขภาพขาดความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้อย่างลึกซึ้งย่อมมีผลด้านลบต่อผู้ป่วยได้เช่นกัน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการแทรกแซงมีส่วนช่วยลดปัญหาทางจิตใจซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอาจนำไปสู่ภาวะความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานการพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงความตาย[41-43] การพัฒนาโปรแกรมที่ให้การดูแลเป็นรายบุคคลทำให้เห็นผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ เนื่องจากเป็นการดูแลที่เหมาะสมและตอบโจทย์ความต้องการส่วนบุคคลได้ดีกว่า เช่น การจัดตารางนัดหมายและการดูแลด้านร่างกายที่ต้องใช้เวลาและความเอาใจใส่[4] การให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทสำคัญในการทำกิจวัตรต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความสงบเกิดขึ้นในจิตใจส่งผลให้เกิดความสงบในระยะท้ายของชีวิต[1, 6, 44, 45]

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการแทรกแซงด้วยโปรแกรมในครั้งนี้ พบว่าคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเกือบทุกประเด็น คือ เปลี่ยนจากระดับ "ดี" เป็น "ดีมาก" อย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการพัฒนาด้านความเอาใจใส่รับฟังปัญหาและทักษะความเชี่ยวชาญในการให้บริการให้อยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นต่อไป นอกจากนี้ ระดับความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจากขั้น 'พอใจมาก' ไปสู่ขั้น 'พอใจมากที่สุด (จาก 7.44±0.75 เป็น 8.48±0.80) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการมีแบบแผนการดูแลโดยประยุกต์ใช้หลักการบริการมุ่งเน้นความเข้าใจและใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ผลที่ได้แสดงถึงประสิทธิผลของการดูแลรวมถึงการยอมรับและความเชื่อมั่นในกระบวนการดูแลที่ได้รับ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาการดูแลและนโยบายสุขภาพในอนาคต

โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงสุดท้ายของชีวิตจำเป็นจะต้องมีการสนับสนุนให้มีการวางแผนดูแลล่วงหน้าและการควบคุมอาการอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งโปรแกรมนี้เน้นการจัดการอาการเจ็บปวดและความเป็นอยู่ทางจิตใจอย่างครบถ้วนจนเห็นลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีความมั่นใจในกระบวนการรักษาและการสนับสนุนที่ได้รับ

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้ไม่ได้เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลรักษาของแต่ละบุคคล เช่น ประเภทของยากลุ่มมอร์ฟีนที่ใช้บรรเทาอาการปวด

ยาในกลุ่มอื่น ๆ ขนาดของยาที่ได้รับ อีกทั้งยังไม่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่ไม่ใช้ยา ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้อาจเกี่ยวพันกับผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างแพร่หลายมากขึ้น เพื่อบรรเทาอาการที่ก่อความทุกข์รำคาญและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ควรมีการสร้างสรรค์วิธีการหรือโปรแกรมเสริมใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาอาการง่วงซึมและเบื่ออาหารที่ยังไม่แสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจนจากการทดลองในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์การดูแลในระยะยาวทั้งสุขภาพทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ โดยสามารถดำเนินการผ่านการโทรศัพท์ นัดหมายตามความเหมาะสมของผู้ป่วยหรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การสนับสนุนและการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นอย่างสูงที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในและบุคลากรหน่วยงานอายุรกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1.Giannubilo I, Battistuzzi L, Blondeaux E, Ruelle T, Poggio FB, Buzzatti G, et al. Patterns of care at the end of life: a retrospective study of Italian patients with advanced breast cancer. BMC Palliat Care. 2024;23(1):129.

2.World Health Organization. Global Cancer Observatory Global Cancer Observatory. [Internet]. [cited 2024 September 1]. 2021. Available from: https://gcoiarcfr.

3.ภัทรานิษฐ์ เมธีพิศิษฐ์, อาภาพร วงษ์นามพรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงษ์. ผลลัพธ์และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งลุกลาม. วารสารพยาบาลกรุงเทพ. 2561;41(1):75-83.

4.Iannopollo L, Cristaldi G, Feltrin A. Self-Narrative in a Therapeutic Group Pathway for Cancer Patients: Discussion of the Group Narrative Psychotherapy Intervention Initiated at the Veneto Institute of Oncology: IOV IRCCS of Padua. Behav Sci (Basel). 2024;14(5).

5.Bojesson A, Brun E, Eberhard J, Segerlantz M. Quality of life for patients with advanced gastrointestinal cancer randomised to early specialised home-based palliative care: the ALLAN trial. Br J Cancer. 2024;131(4):729-736.

6.Gkintoni E, Kourkoutas E, Yotsidi V, Stavrou PD, Prinianaki D. Clinical Efficacy of Psychotherapeutic Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review and Analysis. Children (Basel). 2024;11(5).

7.Lai XB, Wong FKY, Ching SSY. The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study. BMC Palliat Care. 2018;17(1):116.

8.Gautama MSN, Damayanti A, Khusnia AF. Impact of Early Palliative Care to Improve Quality of Life of Advanced Cancer Patients: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Indian J Palliat Care. 2023;29(1):28-35.

9.Kim CA, Lelond S, Daeninck PJ, Rabbani R, Lix L, McClement S, et al. The impact of early palliative care on the quality of life of patients with advanced pancreatic cancer: The IMPERATIVE case-crossover study. Support Care Cancer. 2023;31(4):250.

10.Chan RJ, Webster J, Bowers A. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2(2):CD008006.

11.Eagar K, Clapham SP, Allingham SF. Palliative care is effective: but hospital symptom outcomes superior. BMJ Support Palliat Care. 2020;10(2):186-190.

12.Sripaew S, Assanangkornchai S, Limsomwong P, Kittichet R, Vichitkunakorn P. Advantages, barriers, and cues to advance care planning engagement in elderly patients with cancer and family members in Southern Thailand: a qualitative study. BMC Palliat Care. 2024;23(1):211.

13.วิภาวี เกตุวัง. การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลบางประหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2562;9(2):151-164.

14.Sritan S. Factors contributing to the quality of life among Thai patients diagnosed with colorectal cancer with a stoma: An integrative review. J Adv Nurs. 2023;79(1):1-14.

15.Mori M, Kuwama Y, Ashikaga T, Parsons HA, Miyashita M. Acculturation and Perceptions of a Good Death Among Japanese Americans and Japanese Living in the U.S. J Pain Symptom Manage. 2018;55(1):31-38.

16.Vig EK, Pearlman RA. Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. Arch Intern Med. 2004;164(9):977-981.

17.Haishan H, Hongjuan L, Tieying Z, Xuemei P. Preference of Chinese general public and healthcare providers for a good death. Nurs Ethics. 2015;22(2):217-227.

18.Yun YH, Kim KN, Sim JA, Kang E, Lee J, Choo J, et al. Priorities of a "good death" according to cancer patients, their family caregivers, physicians, and the general population: a nationwide survey. Support Care Cancer. 2018;26(10):3479-3488.

19.Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. Nurs Outlook. 1998;46(4):169-175.

20.ปิติ ชาคริยานุโยค. การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2566;13(1):58-75.

21.Cohen J. A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155-159.

22.พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม, หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;21(2):315-323.

23.Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149-1160.

24.Polit DF, Sherman RE. Statistical power in nursing research. Nurs Res. 1990;39(6):365-369.

25.Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage. 2011;42(6):954-960.

26.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2563.

27.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข (กฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย). สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช). 2562;9.

28.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินโรควิตกกังวล GAD-7. [Internet]; Available from: https://mentalmateservicecom/gad-7/?srsltid=AfmBOooD8r8DrWFftVRPp5liQxCfYzNNw0znObJevekNR4_Agg1xA4ig.

29.Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Barnett KN, Brokaw FC, et al. The project ENABLE II randomized controlled trial to improve palliative care for rural patients with advanced cancer: baseline findings, methodological challenges, and solutions. Palliat Support Care. 2009;7(1):75-86.

30.Chan WC, Epstein I. Researching "good death" in a Hong Kong palliative care program: a clinical data-mining study. Omega (Westport). 2011;64(3):203-222.

31.Kehl KA. Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death. Am J Hosp Palliat Care. 2006;23(4):277-286.

32.Lo C, Hales S, Rydall A, Panday T, Chiu A, Malfitano C, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015;16:391.

33.Pukrittayakamee P, Sapinum L, Suwan P, Harding R. Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2018;56(3):414-420.

34.มัณฑนา จิระกังวาน, ศิริรัตน์ จันตรี. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบบูรณาการไร้รอยต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการพยาบาลการสาธารสุขและการศึกษา. 2561;19(2):70-83.

35.Srinonprasert V, Manjavong M, Limpawattana P, Chotmongkol V, Pairojkul S, Chindaprasirt J, et al. A comparison of preferences of elderly patients for end-of-life period and their relatives' perceptions in Thailand. Arch Gerontol Geriatr. 2019;84:103892.

36.นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์, นาถฤดี สุลีสถิระ, สุณิสา ชื่นตา. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(2):36-45.

37.Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. Br J Cancer. 2006;94(3):372-390.

38.Bernacki R, Hutchings M, Vick J, Smith G, Paladino J, Lipsitz S, et al. Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. BMJ Open. 2015;5(10):e009032.

39.Singer PA, Bowman KW. Quality end-of-life care: A global perspective. BMC Palliat Care. 2002;1(1):4.

40.ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ. พยาบาลวารสาร. 2563;47(1):454-466.

41.Lo C, Zimmermann C, Rydall A, Walsh A, Jones JM, Moore MJ, et al. Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. J Clin Oncol. 2010;28(18):3084-3089.

42.Nissim R, Gagliese L, Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. Soc Sci Med. 2009;69(2):165-171.

43.Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2008;36(1):181-196.

44.Dhawale TM, Bhat RS, Johnson PC, Srikonda S, Lau-Min KS, Boateng K, et al. Telemedicine-based serious illness conversations, healthcare utilization, and end of life care among patients with advanced lung cancer. Oncologist. 2024.

45.Zhang J, Fang H, Sun Y, Wang W, Yuan Y, Zheng K. Meta-analysis of Palliative Care on End-stage Quality of Life in Cancer Patients. Altern Ther Health Med. 2024.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

Development of a Care Model for Dependent Elderly in Khaopanom District, Krabi Province.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 22,2025 ; Accepted: June 24,2025)

พิพัฒน์ พุทธโร[1]
Piwat Phuttaro[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่าง 136 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 2 คน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาว 9 คน และภาคประชาชน 125 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบส่งผลให้อัตราส่วนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) เปลี่ยนแปลงจาก 1:59 คน เป็น 1:35-40 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จาก 1:30 คน เป็น 1:10 คน ตามมาตรฐานกระทรวง ความพร้อมต่อการพัฒนาระบบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.29, S.D.=0.56) การดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.35, S.D.=0.49) ความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้สูงอายุต่อระบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.61 และ $\bar{X}$=2.73 ตามลำดับ) ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การส่งเสริมศักยภาพบุคลากร การสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นการดูแลแบบบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน สามารถผ่านเกณฑ์การรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) จากศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช และสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบ LTC ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This study aimed to 1) develop a care model for dependent elderly in Khaopanom District, Krabi Province that was appropriate to the community context, 2) examine factors affecting the development of the care model, and 3) evaluate the effectiveness of the developed care model. This was a Participatory Action Research study consisting of four phases: planning, action, observation, and reflection. The sample consisted of 136 participants, divided into three groups: 2 public health personnel, 9 members of the long-term care support subcommittee, and 125 community members. Research instruments included questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. Data analysis employed descriptive statistics for quantitative data and content analysis for qualitative data.

The research findings revealed that the system development resulted in changes to the ratio of elderly care managers (CM) from 1:59 to 1:35-40 persons, and care givers for dependent elderly (CG) from 1:30 to 1:10 persons, meeting ministry standards. Overall readiness for system development was at a moderate level

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอตง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

($\bar{X}$=2.29, S.D. = 0.56). Elderly care provided by caregivers and village health volunteers was at a high level ($\bar{X}$=2.35, S.D. = 0.49). Satisfaction of caregivers and the elderly with the developed system was at a high level ($\bar{X}$=2.61 and $\bar{X}$=2.73, respectively). Success factors comprised three main components: personnel capacity enhancement, support from local administrative organizations, and community participation. The developed care model for dependent elderly was characterized as integrated care among the government, private, and civil sectors. The model successfully met the certification criteria for long-term care (LTC) sub-district from Health Region 11 Nakhon Si Thammarat and could serve as a guideline for developing LTC systems in other areas with similar contexts.

Keywords: long-term care, dependent elderly, participatory action research

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภายในปี 2573 ประชากรทั่วโลก 1 ใน 6 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี 2563 เป็น 1.4 พันล้านคน และภายในปี 2593 จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (2.1 พันล้านคน) ขณะที่ผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้น 3 เท่า เป็น 426 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย ในปี 2565 มีผู้สูงอายุจำนวน 12,519,926 คน (ร้อยละ 18.94) และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุวัยตอนต้น (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน[2] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขและสังคม รวมถึงปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพและการขาดทักษะการใช้เทคโนโลยี[3]

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อครอบครัวในหลายมิติ ได้แก่ ภาระทางเศรษฐกิจ ภาระทางจิตใจ ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และข้อจำกัดในการสื่อสาร ผลกระทบเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อครอบครัวเท่านั้น แต่ยังขยายไปสู่ชุมชนและสถาบันต่างๆ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องมีการสนับสนุนทั้งทางเศรษฐกิจและสุขภาพจิต การสร้างช่องทางสื่อสารที่เหมาะสม และการพัฒนานโยบายที่สนับสนุนการดูแลแบบบูรณาการระหว่างภาครัฐและเอกชน แม้ว่าจะมีงานวิจัยหลายฉบับที่ศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของศศินันท์ สายแวว[4] ในตำบลนาเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาของจิตติมา สุวรรณมิตร[5] ในตำบลนายูง จังหวัดอุดรธานี ที่ใช้กระบวนการ PAOR cycle แต่ยังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในบริบทของพื้นที่ภาคใต้ โดยเฉพาะจังหวัดกระบี่ที่มีลักษณะภูมิประเทศและวัฒนธรรมที่แตกต่าง

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) เป็นระบบการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่เป็นไปได้บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบ LTC ประกอบด้วย 4 ประการ คือ 1) การเข้าถึงระบบการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว 2) การสนับสนุนระบบการดูแลในชุมชน โดยไม่แย่งชิงบทบาทการดูแลของครอบครัว 3) การจัดระบบการดูแลโดยอาศัยบุคลากรที่มิใช่วิชาชีพเป็นหลัก โดยมีบุคลากรวิชาชีพเป็นผู้สนับสนุน และ 4) การพัฒนาระบบโดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม การนำระบบ LTC ไปใช้ในแต่ละพื้นที่ยังพบอุปสรรค

หลายประการ โดยเฉพาะปัญหาการขาดแคลนบุคลากร เช่น Care Manager (CM) และ Care Giver (CG) ตามมาตรฐานที่กำหนด[6]

อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2562 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.90 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 12.61 ในปี 2566 ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในปี 2566 พบว่า กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 5,779 คน (ร้อยละ 98.50) กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง 53 คน (ร้อยละ 0.90) และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 35 คน (ร้อยละ 0.60) โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 55.82) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.07) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 35.52) ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดินดำเนินการโดยศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care center; COC) ของโรงพยาบาลเขาพนมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอตง อย่างไรก็ตาม พบว่าสัดส่วนของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานกระทรวง ซึ่งกำหนดให้มีอัตราส่วน 1:35-40 คน และ 1:10 คน ตามลำดับ สถานการณ์นี้สร้างความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่[7]

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ทำให้เกิดคำถามการวิจัย ดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ควรเป็นอย่างไร 2) ปัจจัยใดที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ดังกล่าว และ 3) ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลอย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน เพื่อให้ได้รับการรับรองเป็นตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) จากศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการขับเคลื่อนร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอตง และองค์การบริหารส่วนตำบลเขาดิน ผ่านการจัดตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาว และการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิด PAOR cycle ของ Kemmis & McTaggart[8] ที่เน้นการมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อสร้างการยอมรับความรับผิดชอบ และความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่ระบบการดูแลระยะยาวที่มีความต่อเนื่องและประสิทธิภาพสูง ผลการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบ LTC ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

โดย ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผล ตาม แนวคิด P-A-O-R spiral Cycle (Kemmis & McTaggart[8]) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 – พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 136 คน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (1) นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอตง 2 คน (2) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 9 คน ประกอบด้วย (1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาดิน (2) สาธารณสุขอำเภอเขาพนมหรือผู้แทน (3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอตง (4) คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล เขาดิน 2 คน (5) นักจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager; CM) (6) ผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) (7) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาดิน (8) เจ้าหน้าที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาดิน (3) ภาคประชาชน จำนวน 125 คน ประกอบด้วย (1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) 5 คน (2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถให้ข้อมูลได้ 20 คน (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน20 คน (4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและองค์การบริการส่วนตำบลเขาดิน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทางประชากร (2) ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ (3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน (4) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-ended questions) บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยการใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

2. แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver; CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (2) ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบจะให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม (4) ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประเมินระดับความพึงพอใจใน 3 ระดับ คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน) การแปลความหมายคะแนนใช้เกณฑ์ของ Best[9] แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง/มาก (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน) ระดับ

ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน) และระดับต่ำ/น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน)

3. แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา การอยู่อาศัย แหล่งรายได้ และโรคประจำตัว (2) การสนับสนุนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และด้านการพยาบาล ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบจะให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม (3) ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล ประเมินระดับความพึงพอใจใน 3 ระดับ คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน) การแปลความหมายคะแนนใช้เกณฑ์ของ Best[9] แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง/มาก (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน) และระดับต่ำ/น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน)

4. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์สำหรับนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และองค์การบริหารส่วนตำบลเขาดิน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อบันทึกผลการดำเนินกิจกรรมและใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในการถอดบทเรียนและสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา (2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ความต้องการ การออกแบบระบบ และแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลังศึกษาวิจัย โดยมีการบันทึกแนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (3) การบันทึกข้อมูล (Record) และการบันทึกภาพกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการดำเนินงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมทั้งแจกเอกสารคำอธิบาย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์และเปิดโอกาสให้ซักถามตอบข้อสงสัยจนเข้าใจ ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้น (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วย (1) ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน โดยการประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน (3) คัดลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ องค์การบริการส่วนตำบลเขาดิน 9 คน กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน จำนวน 125 คน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลสูงอายุ (Care Giver: CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (3) ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) โดยดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1

3. ขั้นสังเกตผล (Observation) โดยการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) ติดตามและร่วมสังเกตการณ์ก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการและหลังการดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน โดยการใช้แบบสอบถามการวิจัยทั้ง 3 ชุด (2) ประเมินผลก่อนและหลังการวิจัยและเก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

4. ขั้นสะท้อนผล (Refection) โดยประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผลการวิจัย ประกอบด้วย (1) ประชุมสรุปรายงานสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ (2) การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ (3) ประชุมถอดบทเรียนร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการบันทึกภาคสนามด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจำแนกตามประเภทข้อมูล วิเคราะห์ความเชื่อมโยงและสรุปผลการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) และการสังเกตการณ์เป็นระยะเวลานาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ รับรองเลขที่ KBO-IRB 2024/041.0912

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของ Kemmis และ McTaggart ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. สถานการณ์และบริบทพื้นที่ก่อนการพัฒนา

ตำบลเขาดินประกอบด้วย 9 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 8,916 คน โดยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,214 คน (ร้อยละ 13.62) จากการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคม 951 คน (ร้อยละ 78.33) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 59 คน (ร้อยละ 4.85)

การประเมินระบบการดูแลระยะยาวเบื้องต้นพบปัญหาสำคัญ คือ อัตราส่วนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

ด้านสาธารณสุข (Care Manager) ต่อจำนวนผู้สูงอายุ เท่ากับ 1:59 คน ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด 1:35-40 คน และอัตราส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ต่อจำนวนผู้สูงอายุ เท่ากับ 1:30 คน ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนด 1:10 คน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลตามกระบวนการ PAOR

2.1 ขั้นวางแผน (Planning)

การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 136 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ 2 คน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาว 9 คน และภาคประชาชน 125 คน ได้แผนการดำเนินงาน 4 ประการ คือ 1) ส่งบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตร Long-Term Care Manager 2) รับสมัครและอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) 3) อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และ 4) จัดโครงการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

การดำเนินงานตามแผนส่งผลให้มีผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐาน 3 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ 16 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 59 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งภาคสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน มีส่วนร่วมดำเนินโครงการจัดบริการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3 ขั้นสังเกตผล (Observation)

2.3.1 ลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย

บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและองค์การบริหารส่วนตำบลเขาดิน จำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.28 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 51.14 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.28 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 51.14 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 85.71

ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำนวน 122 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.49 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 42.62 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.85 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 81.96 และมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 75.41

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 59 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.40 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 69.48 อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 81.35 และมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.68

2.3.2 ความพร้อมและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=1.91, S.D.=0.44) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การรับผลประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.41, S.D.=0.36) รองลงมาคือ การติดตามประเมินผลระดับปานกลาง ($\bar{X}$=1.86, S.D.=0.42) การดำเนินการระดับน้อย ($\bar{X}$=1.65, S.D.=0.41) และการตัดสินใจระดับน้อย ($\bar{X}$=1.66, S.D.=0.48) ตามลำดับ

2.3.3 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.35, S.D.=0.49) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$=2.42, S.D.=0.48) รองลงมาคือ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ($\bar{X}$=2.41, S.D.=0.52) และการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$=2.39, S.D.=0.41) ตามลำดับ

จากมุมมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การได้รับการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X}$=2.31, S.D.=0.21) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การดูแลด้านการพยาบาล ($\bar{X}$=2.62, S.D.=0.31) รองลงมาคือ การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$=2.45, S.D.=0.35) และการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X}$=2.37, S.D.=0.33) ตามลำดับ

2.3.4 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบ

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.61, S.D.=0.33) และของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.73, S.D.=0.24)

2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

2.4.1 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลให้อัตราส่วนผู้จัดการระบบดูแลด้านสาธารณสุขต่อผู้สูงอายุปรับปรุงจาก 1:59 คน เป็น 1:35-40 คน ตามมาตรฐานที่กำหนด และอัตราส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อผู้สูงอายุปรับปรุงจาก 1:30 คน เป็น 1:10 คน ตามมาตรฐานที่กำหนด ส่งผลให้การบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถครอบคลุมและได้รับการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) จากศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ประจำปี 2567

2.4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

การดำเนินงานพบปัญหาและอุปสรรค 5 ประการ คือ 1) เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนบริการขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ตามระเบียบและกฎหมาย 2) ขั้นตอนการทำงานและการทำเอกสารมีเป็นจำนวนมาก ทำให้ภาระงานเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น 3) บุคลากร Care Manager ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ Care Giver ควรได้รับการฟื้นฟู และ 5) วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงพอ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบความสำเร็จเกิดจากความร่วมมือในการดำเนินงานของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก

ปัจจัยที่ 1 การส่งเสริมศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอตงส่งบุคลากรทั้งพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขเข้ารับการอบรมการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข และรับสมัครบุคคลเข้าอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้อัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเหมาะสม

ปัจจัยที่ 2 การสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลเขาดินจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลเขาดิน และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีบทบาทหน้าที่ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานและพิจารณางบประมาณในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ปัจจัยที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือนเห็นความสำคัญร่วมกันเยี่ยมติดตามอาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติได้รับการดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลเบื้องต้น ส่งผลให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านเพิ่มขึ้น

4. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นการดูแลแบบบูรณาการ

ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลเขาดินเป็นหน่วยประสานงานหลัก ภายใต้การกำกับของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดำเนินงานใช้หลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเน้นการดูแลในชุมชนและที่บ้าน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และมีระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจน

รูปแบบนี้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และด้านการพยาบาล โดยมีความพึงพอใจจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการในระดับสูง และสามารถผ่านเกณฑ์การรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ตามมาตรฐานที่กำหนด

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน ประสบความสำเร็จและสามารถผ่านเกณฑ์การรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) จากศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ประจำปี 2567 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศินันท์ สายแวว[4] ที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สามารถผ่านเกณฑ์รับรอง LTC โดยศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และผลการศึกษาของ เด่นนภา ทองอินทร์[10] ที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลหันนางาม จังหวัดหนองบัวลำภู ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการแก้ไขปัญหาหลักที่พบในระยะแรก คือ การปรับสัดส่วนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุข (Care Manager) จาก 1:59 คน เป็น 1:35-40 คน ตามมาตรฐานกระทรวง และการปรับสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จาก 1:30 คน เป็น 1:10 คน ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วิไลวรรณ อิศรเดช[11] ที่เน้นการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวมทั้ง 6 มิติ ได้แก่ ทางกาย ทางจิตใจ ทางจิตวิญญาณ ทางสังคม ทางเศรษฐกิจ และทางสิ่งแวดล้อม

2. ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การใช้กระบวนการ PAOR cycle (Planning, Action, Observation, Reflection) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอตง องค์การบริหารส่วนตำบลเขาดิน และภาคประชาชน ผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.29, S.D.=0.56) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตติมา สุวรรณมิตร[5] และ ศศินี โสภาจันทึก[12] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของระบบ LTC

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดินโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$=1.91, S.D.=0.44) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังมีความจำเป็นต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ ($\bar{X}$=1.66, S.D.=0.48)

และการดำเนินการ ($\bar{X}$=1.65, S.D.=0.41) ให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว

3. คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุและความพึงพอใจ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.35, S.D.=0.49) โดยมีความโดดเด่นในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$=2.42, S.D.=0.48) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ($\bar{X}$=2.41, S.D.=0.52) และการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$=2.39, S.D.=0.41) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกฤทตา ศรีณะพรม[13] ที่พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.01)

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.61, S.D.=0.33) และของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.73, S.D.=0.24) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาดิน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ

4.1 การส่งเสริมศักยภาพบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอตง ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข และรับสมัครบุคคลเข้าอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้อัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเหมาะสม สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า การขาดแคลน Care Manager และ Care Giver เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงาน LTC

4.2 การสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลเขาดินจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลเขาดิน และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีบทบาทหน้าที่ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานและพิจารณางบประมาณในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

4.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือนเห็นความสำคัญร่วมกันเยี่ยมติดตามอาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติได้รับการดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการพยาบาลเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ระดับพื้นที่ ควรขยายผลการพัฒนา LTC ไปยังพื้นที่ใกล้เคียง โดยใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเป็นต้นแบบ และควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของ Care Manager และ Care Giver อย่างต่อเนื่อง

1.2 ระดับนโยบาย ควรปรับปรุงระบบเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และพัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ระดับการบริหารจัดการ ควรจัดตั้งอาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ถาวรและมีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำ เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาประสิทธิผลระยะยาวและความยั่งยืนของรูปแบบการดูแล ควรมีการศึกษาติดตามผล (Follow-up study) เป็นระยะเวลา 2-3 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่และประสิทธิภาพของระบบการดูแล การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว และต้นทุนและประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์ของระบบการดูแล เพื่อให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาระบบให้มีความยั่งยืน

2.2 การศึกษาเปรียบเทียบและการขยายผลในบริบทที่แตกต่าง ควรมีการศึกษาการนำรูปแบบการดูแลไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่าง เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อศึกษาความเหมาะสมและความต้องการปรับปรุงรูปแบบในแต่ละบริบท ระบุปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และพัฒนาแนวทางการขยายผลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Dec 16]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. กรมการปกครอง. รายงานสถิติจำนวนประชากร ปี 2565 [Internet]. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th
3. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. คู่มือสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2560.
4. ศศินันท์ สายแวว. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
5. จิตติมา สุวรรณมิตร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนายูง อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
6. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1):140-55.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ประจำปี 2566. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม; 2566.
8. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
9. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1977.
10. เด่นนภา ทองอินทร์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
11. วิไลวรรณ อิศรเดช. ผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวม. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565;7(12):147-61. เข้าถึงได้จาก: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/4097
12. ศศินี โสภาจันทึก. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลคำด้วง อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
13. สุกฤทตา ศรีณะพรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2567;2(1):117-28. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/download/2607/1901/17105

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

The Effect of Counseling Program on Resilience Enhancement On Depression Among Elderly in kannoi subdistrict, Kham Khuean Kaeo district, Yasothon.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

จงจิต สร้อยจักร[1]
Jongjit Soijuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธรก่อนทดลอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม หลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 24 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1)โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้า 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale [TGDS]) มีจำนวน 30 ข้อ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า ครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า 1) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจหลังทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a counseling program on mental strength of depressed elderly people in KanNoi Subdistrict, Kham Khuen Kaeo District, Yasothon Province before the experiment, after the end of the program, and after the experiment for 1 month. The sample group used in the study consisted of 24 elderly people with minor depression, divided into an experimental group and a control group, 12 people per group. The experimental group received a counseling program on mental strength of depressed people to enhance mental strength, while the control group received regular care. The instruments used to collect data consisted of 1) a counseling program on mental strength of depressed people, 2) a Thai geriatric depression scale [TGDS] with 30 items. All instruments were examined by qualified persons and tested with elderly people with similar characteristics. The Cronbach's alpha coefficient had a reliability value of 0.78. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and repeated measures analysis of variance. The statistical significance was set at .05.

The results of the study found that 1) Depression in the elderly in the experimental group who received the counseling program. The counseling program on mental strength immediately after the experiment and 1month after the experiment was significantly reduced from before the experiment at a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

statistical level of .05. 2) The depression of the elderly in the experimental group who received the counseling program on mental strength was significantly reduced than the control group both immediately after the experiment and 1 month after the experiment at a statistical level of .05.

Keywords: counseling program on mental strength, Depression, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคม สูงวัยแบบสมบูรณ์แบบ (Complete Aged Society) แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่[1] ส่งผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการจัดการในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ต้องได้รับการดูแล และระบบบริการสุขภาพที่ต้องเตรียมทรัพยากรด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาวะทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยปัญหาสุขภาพที่พบในลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต การพลัดตกหกล้ม และโรคที่เกิดจากภาวะทางจิต ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยแบบคัดกรองความสุข พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดย ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายในที่สุด[2] ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุร้อยละ 30 โดยมีความสัมพันธ์กับการป่วยทางกายที่สำคัญอื่นๆ และยังเป็นปัจจัยเสริมให้โรคทางกายหนักขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น[3] ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามี 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ด้านชีวภาพ เช่น กรรมพันธุ์ สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล เป็นต้น ด้านจิตวิทยาเช่น ความคิดผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน เป็นต้น ด้านจิตสังคมเช่น ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย การขาดแรงสนับสนุน เป็นต้น ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ได้แก่ การเจ็บป่วยร้ายแรง ความยากลำบากในชีวิต ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องด้วยผู้สูงอายุต้องประสบกับการสูญเสียทางสังคมร่วมกับการเจ็บป่วยทางร่างกาย ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ๆ กับผู้อื่น[4] โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าของผู้สูงอายุ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ตำหนิตนเอง จะมีอาการอยู่นานโดยไม่มีทีท่าจะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด ความจำ จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างชัดเจน

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรง คือ การที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ ส่งผลให้ผู้มีอาการซึมเศร้าเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายประมาณ 12 คนต่อ 100,000 คน[5] ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถของบุคคลทำให้เกิดการปรับตัวทางบวก ควบคุมอารมณ์และแก้ไขปัญหาได้ การบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยการให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น สามารถลดอาการซึมเศร้า และกระบวนการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้ารายบุคคลเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษาให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อม ได้ตระหนักถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเอง เรียนรู้วิธีการที่จะปรับพฤติกรรมของตนเอง มีทักษะและความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ นำไปสู่การพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรงได้ จากการเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพร้อม 3 องค์ประกอบ[7] และทฤษฎีการพยาบาลของคิง ที่ได้กล่าวถึงบุคคล สิ่งแวดล้อม ที่มีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา และ

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเป็นศูนย์กลางในการบำบัดรายบุคคล

ตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธรมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 24.71 ของประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุที่คัดกรองภาวะซึมเศราผิดปกติ ส่งต่อได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้า ขึ้นทะเบียนการรักษาในพื้นที่ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 3.21[8] ส่วนกลุ่มที่มีภาวะซึมเศราระดับน้อย (13-18 คะแนน) มีการเฝ้าระวังและดูแลในพื้นที่ และที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เมื่อประเมินพบผู้สูงอายุซึมเศร้าเล็กน้อย เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำการดูแลตนเอง ให้สุขภาพจิตศึกษา จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดรายบุคคลเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและทฤษฎีการพยาบาลของคิงและใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg[8] เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้ผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีคุณค่าในตนเอง มีความสุขกับการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและหลังการทดลอง 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม แบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design ระยะเวลาศึกษา เวลา ธันวาคม 2567 – มีนาคม 2568 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางใจโดยการประยุกต์ ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลศูนย์กลาง ทฤษฎีการพยาบาลของคิงและแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg7 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองวิจัยระหว่างเดือน มกราคม 2567 – มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 60-70 ปในตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จำนวน 446 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุระหว่าง 60-70 ป ในตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร และเป็นกลุ่มติดสังคมที่มี 2Q ผิดปกติ และมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (13-18 คะแนน) จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้า สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ รู้สึกดีกับตนเอง และมองโลกในแง่ดี

ครั้งที่ 3 การทำให้ใจได้พัก ได้สงบเกิดความมั่นคงภายใน

ครั้งที่ 4 การรู้จักอารมณ์และสื่อสารด้วยหัวใจ

ครั้งที่ 5 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา และการคิดอย่างสร้างสรรค์

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลตนเอง และยุติการให้คำปรึกษา

2.แบบประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai geriatric depression scale [TGDS])

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจความตรงเนื้อหา นำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale [TGDS]) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาแล้ว และไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาแต่ประการใด นำไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า ครอนบาค (Cronbach's alpa coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ส่วนโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index = CVI) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 5 คน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. หนังสือประสานถึงผู้ชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวบข้อมูล2. สำรวจผู้สูงอายุตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างคุณสมบัติตามที่กำหนด

3. อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและอธิบายวิธีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

4. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิธีการอ่านคำถามแล้วให้ผู้สุงอายุตอบเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

5. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6793 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 68.52 (S.D.=3.89) เชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธทุกคน มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 75 มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.30 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร ร้อยละ 58.33 ภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดี ร้อยละ 91.66 ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 และมียารับประทานเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 68.25 (S.D.=3.79) เชื้อชาติไทยและศาสนาพุทธทุกคน มีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 75 มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.30 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร ร้อยละ 58.33 ภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดี ร้อยละ 100 ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 และมียารับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 66.67

2.เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะหลังทดลอง 1 เดือน

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=12)			กลุ่มควบคุม (n=12)			Z	p -value
	$\bar{x}$	S.D.	Mean Rank	$\bar{x}$	S.D.	Mean Rank		
ก่อนทดลอง	14.58	1.00	12.92	14.50	1.45	12.08	-0.297	0.799
หลังทดลองทันที	3.42	0.52	6.50	14.08	1.68	18.50	-4.240	<.001*
หลังทดลอง 1 เดือน	3.42	0.52	6.50	14.50	1.45	18.50	-4.245	<.001*

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังระยะหลังทดลองทันที และระยะหลังทดลอง 1 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 14.58 เป็น 3.42 และ 3.42 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงเล็กน้อยจาก 14.50 เป็น 14.08 และ 14.50 เท่าเดิม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกัน (Z = -0.297, p <.799) หลังระยะหลังทดลองทันทีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -4.240, p <.001) และในระยะหลังทดลอง 1 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงคงที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -4.245, p <.001)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของรายคู่ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาที่ต่างกัน

ภาวะซึมเศร้า	Mean rank	Z	p-value
กลุ่มทดลอง (n=12)			
ก่อนทดลอง & หลังทดลองทันที	6.50	-3.088	.002
ก่อนทดลอง & ระยะหลังทดลอง 1 เดือน	6.50	-3.087	.002
หลังทดลองทันที & ระยะหลังทดลอง 1 เดือน	3.50	0.000	1.00
กลุ่มควบคุม (n=12)			
ก่อนทดลอง & หลังทดลองทันที	3.00	-2.236	0.025
ก่อนทดลอง & ระยะหลังทดลอง 1 เดือน	0.00	0.00	1.000
หลังทดลองทันที & ระยะหลังทดลอง 1 เดือน	3.00	-2.236	0.025

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของรายคู่ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาที่ต่างกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z= -3.088, p < 0.01) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z= -3.087, p < 0.01) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง

ทันทีและระยะหลังทดลอง 1 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z= 0.00, p < 1.00) กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z= -2.236, p < 0.05) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง 1 เดือนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z= 0.00, p > .05) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลองทันทีและระยะหลังทดลอง 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z= -2.236, p < 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

1.คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เป็นไปตามแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของคิงและแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg[7] รวมกับการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดรายบุคคล อย่างต่อเนื่องของกิจกรรมของโปรแกรมทั้ง 6 ครั้ง สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยเริ่มทั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพสร้างสุข พัฒนาความคิดด้านบวกและการมองเห็นคุณค่าตนเอง (I am) เป็นการให้ผู้สูงอายุ รู้สึกดีกับตนเองและมองโลกในแง่ดี รู้สึกมีคุณค่า ไม่โดดเดี่ยว จากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันกับสมาชิกในกลุ่ม มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และการชื่นชมให้กำลังใจ การที่เห็นความสำคัญทำให้มีความเข้มแข็งทางใจ รวมกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้การบำบัด สร้างความไว้วางใจ ประเมินปัญหาความทุกข์ใจที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุมีความไว้วางใจและสามารถระบายปัญหาได้ ช่วยให้กำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกันได้ สามารถเชื่อมโยงสู่ขั้นตอนต่อไปของกระบวนการให้คำปรึกษาดำเนินต่อไปจนสิ้นสุดการให้คำปรึกษา หากเริ่มต้นได้ดีการให้คำปรึกษาก็จะประสบผลสำเร็จ มีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดีและเกิดขึ้นได้เร็วกับผู้วิจัย ซึ่งเกิดจากการให้เกียรติและเคารพซึ่งกันและกัน ความจริงใจ ท่าทีเป็นมิตร ยินดีให้ความช่วยเหลือของผู้บำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คงความต่อเนื่องตลอดโปรแกรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุไว้วางใจ เชื่อใจ รู้สึกปลอดภัย และสามารถให้ข้อมูลด้านความเชื่อ ความคิด และสิ่งกังวลตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยที่ไม่รู้สึกกำลังถูกสอบซักหรือตำหนิ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้ารับการให้คำปรึกษา[9,10] การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการบำบัดรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความคิดหมดหวังในชีวิต[11] ที่ว่าผู้ป่วยและผู้รักษาต้องแบ่งภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการปัญหาของผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการบำบัด ตั้งแต่กำหนดเป้าหมาย การวางแผนการบ้านในการท้าทายความคิดทางลบ ส่วนใหญ่ผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องทำงานร่วมกัน ปัจจัยด้านความสัมพันธ์นี้เป็นการเพิ่มแรงจูงใจและช่วยให้เอาชนะอุปสรรคต่างๆในการบำบัดได้ในการบำบัดได้ ทำให้การบำบัดครบตามโปรแกรม เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงบำบัด เกิดบรรยากาศการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย (Collaboration) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัด และความร่วมมือนี้จะทำให้ผู้ป่วยต่อต้านน้อยและทำให้ผลการรักษาดีมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะเป็นการเกื้อหนุนกัน ในด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดมีความเข้าอกเข้าใจกัน พูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมาทำให้บุคคลที่อยู่ด้วยกัน มีความเข้าใจกันเพิ่มมากขึ้น[12] กิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 ผู้สูงอายุเกิดเรียนรู้การสื่อสารอย่างเข้าใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (I have) การพาใจได้พักได้สงบเกิดความมั่นคงภายใน การรู้จักอารมณ์ตนเอง ตั้งสติคิดบวกอย่างสร้างสรรค์และการคิด

แบบใจเขาใจเรา มั่นใจ ทำให้ตนเองมีสติ ทำให้สมาชิกสำรวจความคิดรู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น ไม่คิดทางลบแยกแยะความคิดอัตโนมัติทางลบออกจากความจริง ดึงตัวเองกลับมาอยู่กับปัจจุบัน อัตโนมัติ ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองการเผชิญปัญหาส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง[13] กิจกรรมที่ 5 และกิจกรรมที่ 6 ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาตนเอง (I can) โดยมีการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา การคิดอย่างสร้างสรรค์ การเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลตนเอง การเกิดสติจากฝึกการรับรู้ความสามารถการคิดสร้างสรรค์ เกิดความจิตใจจดจ่อกับสถานการณ์ปัจจุบันสามารถยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น มีความเป็นเหตุผลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้[14] ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลังแบบจัดการกับปญหาที่พัฒนามาจากแนวคิดการระลึกถึงความหลังประสบการณในอดีตและการจัดการปัญหา มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นผลจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg[7] ให้รู้สึกว่าตนเองมีพร้อมใน 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งที่ตนเป็น (I am) 2) สิ่งที่ตนมี (I have) และ 3) สิ่งที่ตนทำได้ (I can) เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือวิกฤตในชีวิต บุคคลก็จะดึงองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ซึ่งพื้นฐานของความเข้มแข็ง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการปรับเปลี่ยนอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการลดภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนของภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน เมื่อกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาเชิงบำบัดรายบุคคลซึ่งส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจค่าของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและระดับภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม[15] ตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg[7] เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ผู้สูงอายุ เป็นวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า มีแนวทางในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และยังเป็นการเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข เป็นการฝึกจิตให้มีสติ[13,16] นอกจากนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสุขกับการดำเนินชีวิต มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น[17] การมองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น[18] ส่วนวิธีการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดแก่ผู้มีอาการซึมเศร้าเป็นกระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคลส่งผลให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา[12] การให้คำปรึกษารายบุคคลช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสร้างความเข้มแข็งทางใจผู้ป่วยซึมเศร้าในสูงอายุในกลุ่มทดลอง ส่งผลต่อมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผลการใช้โปรแกรมการให้

คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม การจัดการที่เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ และสามารถนำประสบการณ์จากการเรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าหลังการทดลองสิ้นสุดไม่ได้ให้ความรู้หรือจัดกิจกรรมอื่นๆ เพิ่มเติมให้กับสมาชิก แสดงให้เห็นว่าเวลาผ่านไป 1 เดือน ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองยังสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือนไม่แตกต่างกัน อันเป็นผลจากกระบวนการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าไปใช้กับการฝึกจิตให้มีสติ เพิ่มพลังสุขภาพจิตไปใช้เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้าในชุมชนจัดเป็นรูปแบบกลุ่มบำบัดพยาบาลหรือสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรม

2. พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนควรได้รับการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีเรียนรู้ แนวคิด และมีทักษะการให้คำปรึกษาในการจัดโปรแกรมนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการภาวะซึมเศร้าในพื้นที่

3. ควรปรับระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าให้เหมาะสมตามบริบทแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุติดตามผลในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน

2. ควรมีการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดต่อความเข้มแข็งทางจิตใจไปใช้ศึกษากับกลุ่มอื่นในชุมชนเพื่อเสริมสร้างการลดภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการทะเบียน. กรมการปกครอง (2567). *สืบค้นจาก.https://www.bora.dopa.go.th/*
2. สุจริต สุวรรณชีพ, นันทนา รัตนากร, กาญจนา วณิชรมณีย์, พรรณี ภานุวัฒน์สุข, นันท์นภัส ประสานทอง. (2558) *แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
3. สาวิตรี สิงหาด. (2559). *การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.* วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 18(3), 15-24.
4. อรษา ใยยอง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,* 56(2), 117-128.
5. Heisel, M. J. (2006). *Suicide and its prevention among older adults. Canada Journal of Psychiatry*, 3, 143-151.
6. รมิดา มหันตมรรค. (2560). *การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อพัฒนาความคิดเชิงบวกของเด็กหญิงในสถานสงเคราะห์เด็กบ้านสงขลา.*วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธราช. ปีที่ 10 (1) มกราคม – มิถุนายน. 160-177
7. Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*, Bernard van leer foundation The Hague, The Netherlands.
8. ระบบข้อมูล Hosxp โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนน้อย. (2567)

9. Austad, Carol Show. (2009). *Counseling Psychotherapy Today Theory, Practice and Research.* USA : McGrew – Hill Companies.
10. Wright, J.H. and others. (2009). *Conitive Therapy for Severe Mental illness : an Illustrated Guid.* USA : American Psychaitric publishing.
11. Beck, AT. (1973).*The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
12. สุนันญา แสงแก้ว. (2565). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร*. https://yasothon.moph.go.th/ssjyasothon/FrontEnd/report_AcademicWork_Read.php?racd_id=MjE=&racdf_id=Mjc=
13. กันต์ฤทัย ปานทอง. (2561*). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันกัลป์ยาณ์ราชนครินทร์.* วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ 25(2) กรกฎาคม-ธันวาคม 2561. 105 - 118.
14. สุจิตรา สุขทวี. (2561). *ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศรา อำเภอเมือง นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
15. ไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2564). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า คลินิกโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง.* วารสารชุมชนวิจัย ปีที่ 15 (1) มกราคม – มีนาคม 2564. 70 – 82.
16. ศิริลักษณ์ แสงส่อง และกุสุมา พลเยี่ยม. (2566). *ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี.*วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ปีที่ 9 (1) มกราคม – มิถุนายน 2566. 91 – 102.
17. ศริษา เสวยทรง. (2565). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต้อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์.* วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. ปีที่ 3 (1) มกราคม - มิถุนายน 2565. 34 - 42.
18. พัชราวไล ควรเนตร. (2561). *ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง.*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 32(2) พฤษภาคม - สิงหาคม 2561. 39-51.

การพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

The development of Thai herbal steam regimen for reduce stress in people with hypertension.

(Received: June 23,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

กิติญาดา พรไทย[1] ภัทราวดี มากมี[2] ปรัชญา แก้วแก่น[3]

Kitiyada Pornthai[1] Pattrawadee Makmee[2] Pratchaya Kaewkaen[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการองค์ความรู้ทางสรีรวิทยากับแนวคิดจากการแพทย์แผนไทย วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 พัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพร เพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาผลของสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพร เพื่อลดความเครียด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบแผนการทดลอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดระดับความเครียด 3 วิธี ได้แก่ วิธีการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้น วิธีการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรมาตรฐาน และวิธีการอบไอน้ำแบบธรรมดา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณา

ผลการวิจัย พบว่า การวิเคราะห์ระดับความเครียด จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพร ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ ปรากฏว่า ทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 41.72 เป็น 28.52 (t = 7.941) กลุ่มกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 42.84 เป็น 30.04 (t = 9.760) และกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำแบบธรรมดา มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 38.08 เป็น 33.36 (t = 7.183)

คำสำคัญ: สูตรยาอบไอน้ำสมุนไพร, ความเครียด, โรคความดันโลหิตสูง, การแพทย์แผนไทย

Abstract

The objective of this study was to combine physiological knowledge with concepts from Thai traditional medicine in order to create a potent herbal steam formula that could alleviate stress in hypertensive patients. Methodology of Research Phase 1: Formulate a herbal steam formula to alleviate stress in people with hypertension. Phase 2: Investigate the efficacy of the herbal steam formula in alleviating stress in hypertensive patients. Experimental Design: A clinical trial to assess stress levels. The independent variables, which were divided into three categories, were employed in the investigation: 1. The herbal steam method was subdivided into three approaches: the standard herbal steam formula, the developed herbal steam formula, and the conventional steam method. 2. Gender and 3. Age. Stress was the dependent variable.

Findings of the Investigation: The stress level analysis of the herbal steam group classified the results using multiple analysis of variance, indicating that all groups experienced a statistically significant decrease in mean values ($p<.001$). The mean value of the group that received the herbal steam formula that was developed decreased from 41.72 to 28.52 (t = 7.941). The group that is administered the conventional herbal steam formula The group that received a steam bath experienced a decrease in mean score from 42.84 to 30.04 (t = 9.760), while the group that received a usual steam bath experienced a decrease from 38.08 to 33.36 (t = 7.183). The

[1] นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[3] ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Corresponding author: pratchaya@go.buu.ac.th

study's findings demonstrated the potential of Thai traditional medical wisdom to enhance mental health and alleviate tension in patients with non-communicable chronic diseases. The long-term effectiveness and safety of the drug formula should be systematically assessed through additional clinical studies.

Keywords: Thai Herbal Steam Regimen, Stress, Hypertension, Thai Traditional Medicine

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะทางการแพทย์ที่ร้ายแรงซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของอาการหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย และตาบอดได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีน้อยกว่า 1 ใน 5 ที่ควบคุมโรคได้[1] ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 ความชุก ของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน[2] จำนวนผู้ใหญ่อายุ 30-79 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคน เป็น 1.28 พันล้านคน องค์กรอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าเกือบครึ่งคนเหล่านี้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง[3] องค์กรอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ.2542 ว่าผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยปรากฏว่ามีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง[4] ความดันโลหิตสูงสามารถกระตุ้นระบบตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย ทั้งระบบประสาทอัตโนมัติและระบบฮอร์โมน ซึ่งหากเกิดขึ้นอย่างเรื้อรังจะนำไปสู่ภาวะความเครียดทางร่างกายและจิตใจในระดับลึก อันเป็นวงจรที่ส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพโดยรวม โดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System Activation) ในภาวะความดันโลหิตสูง ร่างกายมักมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกมากเกินไป ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด (fight or flight response) การกระตุ้นนี้ทำให้หลั่งอะดรีนาลีน (Adrenaline) และ นอร์อะดรีนาลีน (Noradrenaline) ออกมาในระดับสูง ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว และความดันเพิ่มสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการทำงานผิดปกติของ แกน HPA (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis)[5] ซึ่งเป็นระบบควบคุมความเครียด การทำงานมากเกินไปของแกน HPA ทำให้ร่างกายหลั่งคอร์ติซอลในระดับสูงเรื้อรัง อาจทำให้เกิด ภาวะสมองพร่องเลือด ความจำเสื่อม ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้กระทบต่อการรับรู้และพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้คอร์ติซอลในระดับสูงมีผลให้ ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันถูกกด และอารมณ์แปรปรวน ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่ส่งเสริมภาวะความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การอบไอน้ำสมุนไพร ถือเป็นหนึ่งในวิธีการปรุงยาตามหลักของ การแพทย์แผนไทยโบราณ ซึ่งจัดอยู่ในประเภทของ “การใช้ไอ” หรือ “การรมยา” โดยในตำรับยาโบราณจะจัดวิธีการปรุงยาออกเป็น 28 วิธี ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การต้ม ย่าง คั่ว ดอง เผา ไปจนถึงการอบไอน้ำหรือรมยา โดยการอบไอน้ำสมุนไพรจัดอยู่ในหมวดวิธีที่ใช้ความร้อนผ่านไอระเหยเพื่อดึงตัวยาออกมาและนำเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังและระบบทางเดินหายใจ มีจุดประสงค์ทางการแพทย์แผนไทยเพื่อขับของเสียและเหงื่อ ขับลมในร่างกาย ปรับสมดุลธาตุ โดยเฉพาะ “ธาตุลม” และ “ธาตุไฟ” ฟื้นฟูการไหลเวียนของโลหิตและ

พลังงานชีวภาพ (ไตลม หรือ ลมปราณ) องค์ประกอบของยาสมุนไพรที่ใช้อบ สมุนไพรที่มีกลิ่นหอม มีน้ำมันหอมระเหย (Essential oils) เช่น ตะไคร้ ข่า ไพล ใบมะกรูด การบูร พิมเสน สมุนไพรเหล่านี้มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ ลดอาการปวดเมื่อย และเปิดรูขุมขน[6]

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรที่พัฒนาขึ้นมามีคุณลักษณะและคุณภาพที่เหมาะสมตามมาตรฐานยาสมุนไพรไทย และผลต่อภาวะการลดความเครียด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

ระยะที่ 1 พัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบไอน้ำสมุนไพร สารออกฤทธิ์สำคัญของสมุนไพรที่ช่วยลดความเครียด 2. ทดลองนำสมุนไพรมาอบไอน้ำเพื่อทดสอบกลิ่นของสมุนไพร 3. ทดลองใช้ (Try Out) ยาอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้นมา 4. ยื่นขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี ชุดที่ 3. (กลุ่มวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์สุขภาพ) รหัสอ้างอิง IRB3-061/2567 และ 5. จัดทำสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพการผลิต

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาผลของสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่1 กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในตำบลวังสมบูรณ์ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 1,308 คน[7]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูง เข้ารับการรักษาที่สถานีอนามัย 60 พรรษา นวมินทราชินี วังสมบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ McMillan &Schumacher ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาว่า การวิจัยเชิงทดลองควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่าง น้อย 15 คนต่อกลุ่ม และถ้ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 20 คนต่อกลุ่ม จะทำให้ผลการทดลองมีความ แม่นยำมากขึ้น[8] สอดคล้องตามเกณฑ์การพิจารณา ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักทางสถิติสำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของสองกลุ่ม โดยการกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size : ES) เท่ากับ .80 ค่าความน่าจะเป็นของ ความคลาดเคลื่อนในการทดสอบแบบทางเดียวประเภทที่หนึ่ง (Type I Error หรือค่านัยสำคัญทาง สถิติ) $\alpha 1$ = .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ .80 จากตารางขนาดอิทธิพล (Power Tables for T-Test) ของ J. Cohen[9] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 20 คน ต่อกลุ่มที่ศึกษา[10,11,12] เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout) ระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 25 คน ต่อกลุ่มที่ศึกษา ในการศึกษานี้ มีสามกลุ่มที่ศึกษา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนเท่ากับ 75 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ โดยในแต่ละกลุ่มจะมีการวัดระดับความดันโลหิตที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด

เกณฑ์ในการกำหนดคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นเพศชายและเพศ

หญิง มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความดันโลหิตไม่เกิน 160/100 (mm/Hg) หรือรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน และมีความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 (mm/Hg) 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน หรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ได้แก่ โรคทางระบบประสาท ระบบหัวใจร่วมหลอดเลือดหลอดเลือด โรคไต โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคลมชัก โรคหอบหืดระยะรุนแรง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง เป็นต้น 4) เป็นผู้ไม่แพ้สมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของโครงการวิจัย ทั้งนี้ได้มีการสอบถามประวัติของผู้เข้าร่วมการวิจัยเบื้องต้น 5) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบตามระยะเวลาหรือกิจกรรมที่โครงการกำหนด
2) ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการป่วยหรือมีอาการผิดปกติของร่างกายใดๆ เกิดขึ้น ได้แก่ มีความเครียดที่รุนแรง มีไข้ โรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค มีบาดแผลเปิด สตรีขณะมีประจำเดือน ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น 3) ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยระหว่างช่วงเวลาการเก็บรวมรวบข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดแบบแผนการทดลอง

แบบแผนการทดลอง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก (Clinical Trial Design) ใช้แบบแผนการทดลอง 3 ปัจจัย ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (3 - Factor Pretest and Posttest Design)[13] โดยวัดระดับความดันโลหิต วัดผลก่อนการทดลอง วัดผลระหว่างการทดลอง และวัดผลสิ้นสุดการทดลอง (Time Series Design) วัดระดับความเครียดและคุณภาพการนอน วัดผลก่อนการทดลอง (Pretest) และวัดผลสิ้นสุดการทดลอง (Posttest) ตัวแปรที่ใช้ศึกษาได้แก่ **ตัวแปรต้น** แบ่งออกเป็น 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) วิธีการอบไอน้ำสมุนไพร แบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ 1.1) วิธีการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้น 1.2) วิธีการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรมาตรฐาน 1.3) วิธีการอบไอน้ำแบบธรรมดา 2) เพศ แบ่งออกเป็น 2 เพศ ได้แก่ 2.1) เพศชาย 2.2) เพศหญิง 3. อายุ ได้แก่ อายุ ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป **ตัวแปรตาม** คือ ความเครียด

ขั้นตอนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาชีพ ประวัติการอบไอน้ำสมุนไพร โรคประจำตัว การแพ้สมุนไพร ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไต โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคหอบหืดระยะรุนแรง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 การพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพร (Development of herbal steam Regimens) สร้างสูตรยาขึ้นมาใหม่จากองค์ความรู้และประสบการณ์ของแพทย์แผนไทย ซึ่งอาจจะเคยใช้ในการรักษาแล้ว หรืออยู่ในระหว่างกำลังทดลองสรรพคุณ ในการศึกษาครั้งนี้ การพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรโดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย แล้วนำสูตรยาที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการรักษายาอบสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้นมา ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทย์แผนไทย และนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน ประกอบไปด้วย อบเชย 35 กรัม ใบมะนาว 35 กรัมเถาวัลย์เปรียง 40 กรัม ไพล 35 กรัม ขมิ้นชัน 35 กรัม ส้มป่อย 15 กรัม ตะไคร้ 15 กรัม

ใบเปล้า 15 กรัม ใบหนาด 15 กรัม ใบมะขาม 15 กรัม พิกัดเบญจเกสร บุนนาค สารภี บัวหลวง พิกุล มะลิ สิ่งละ 5 กรัม ผิวมะกรูด 5 กรัม การบูร 5 กรัม พิมเสน 5 กรัม

2.2 ยาอบสมุนไพรสูตรมาตรฐาน

ประกอบไปด้วย เถาวัลย์เปรียง 40 กรัม ไพล 35 กรัม ขมิ้นชัน 35 กรัม ส้มป่อย 15 กรัม ตะไคร้ 15 กรัม ใบเปล้า 15 กรัม ใบหนาด 15 กรัม ใบมะขาม 15 กรัม พิกัดเบญจเกสร บุนนาค สารภี บัวหลวง พิกุล มะลิ สิ่งละ 5 กรัม ผิวมะกรูด 5 กรัม ว่านน้ำ 10 กรัม การบูร 5 กรัม พิมเสน 5 กรัม

2.3 การอบไอน้ำแบบธรรมดา

2.4 ตู้อบสมุนไพร ขนาด 120*120*200 cm. 2 ที่นั่ง

3. เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรตาม คือ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินระดับความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการทางสถิติ

วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์การเปรียบเทียบ ความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนกับหลังการใช้สูตรยาอบไอน้ำสมุนไพร โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี รองลงมา 50-59 ปี ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมามากกว่า 16 ปีขึ้นไป รองลงมา 11-15 ปี และ 1-5 ปี อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาอาชีพรับจ้างทั่วไป ประวัติการเคยได้รับการอบไอน้ำสมุนไพรส่วนใหญ่เคยอบไอน้ำสมุนไพรมาแล้ว ร้อยละ 72 และไม่พบอาการแทรกซ้อนขณะอบไอน้ำสมุนไพร โรคประจำตัวอื่นๆ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 73.33 รองลงมาเป็นโรคไขมัน ร้อยละ 22.67 และส่วนใหญ่ไม่แพ้สมุนไพร ร้อยละ 100

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนกับหลังการใช้สูตรยาอบไอน้ำสมุนไพร

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	Skewness			Kurtosis		
	statistic	Std. Error	$Z_{skewness}$	statistic	Std. Error	$Z_{kurtosis}$
ความเครียด ก่อนการทดลอง	.899	.277	3.245	.937	.548	1.710
ความเครียด หลังการทดลอง	.968	.277	3.494	.492	.548	.897

จากตารางที่ 1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูลด้วยค่า Skewness และ Kurtosis พบว่า ข้อมูลของระดับความเครียด ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง มีค่า $Z_{skewness}$ เท่ากับ 3.245 และ 3.494 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า ±1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการเบ้ขวาอย่างมีนัยสำคัญ ค่า $Z_{kurtosis}$ ของระดับความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 1.710 และ .897 ตามลำดับ อยู่ในช่วง ±1.96 แสดงว่าลักษณะความโด่งของโค้งไม่เบี่ยงเบนจากปกติ โดยสรุป ข้อมูลส่วนใหญ่มีการเบ้ขวาเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในระดับที่สามารถใช้สถิติแบบพาราเมตริกได้[14]

ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนเข้ารับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดเท่ากับ 41.72 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 21 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 68 และหลังเข้ารับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดเท่ากับ 28.52 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 52

ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนเข้ารับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดเท่ากับ 42.76 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 31 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 63 และหลังเข้ารับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรมาตรฐาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดเท่ากับ 30.76 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 22 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 49

ระดับความเครียดของกลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการอบไอน้ำแบบธรรมดา มีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดเท่ากับ 38.08 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 25 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 51 และหลังเข้ารับการอบไอน้ำแบบธรรมดา กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดเท่ากับ 33.36 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 23 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 45

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียด ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพร

กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
การอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้น	41.72	12.772	28.52	7.315	7.941***	.000
การอบไอน้ำสมุนไพรสูตรมาตรฐาน	42.84	8.385	30.04	6.674	9.760***	.000
การอบไอน้ำแบบธรรมดา	38.08	7.348	33.36	6.607	7.183***	.000

***p<.001 **p<.01 *p<.05

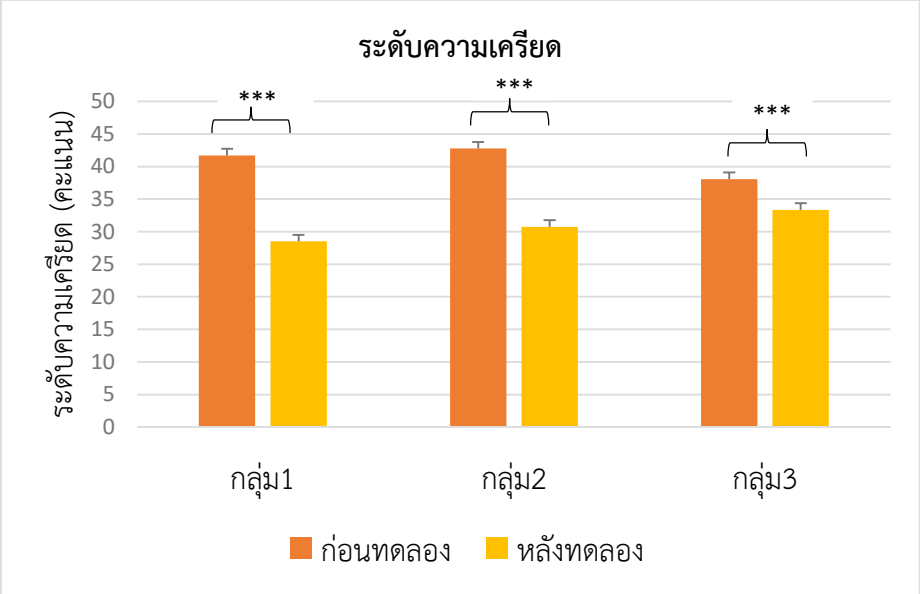
จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียด จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพร ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบซ้ำ พบว่า ทุกกลุ่มมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 41.72 เป็น 28.52 (t = 7.941) กลุ่มกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 42.84 เป็น 30.04 (t = 9.760) และกลุ่มที่ได้รับการอบไอน้ำแบบธรรมดา มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 38.08 เป็น 33.36 (t = 7.183)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบ *t*-test และค่า Effect Size (Cohen's d)

ระดับความเครียด	*M*	*SD*	*t*	*p*	Effect Size (Cohen's d)
ก่อนทดลอง	40.88	9.869			
หลังทดลอง	30.64	7.078			
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	10.240	7.438	11.923	.000	1.19

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดก่อนการทดลองเท่ากับ 40.88 (SD = 9.869) และหลังการทดลองลดลงเหลือ 30.64 (SD = 7.078) ผลการวิเคราะห์ด้วย Paired Sample t-test พบว่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 (t = 11.923) และมีขนาดของผล

(Effect Size) เท่ากับ Cohen's d = 1.19 ซึ่งอยู่ในระดับขนาดใหญ่ ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) แสดงให้เห็นว่าการอบไอน้ำที่ใช้มีประสิทธิภาพสูงในการลดระดับความเครียด



ภาพที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 กลุ่มก่อนและหลังอบไอน้ำสมุนไพร

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้แนวคิดสำคัญของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย คือการใช้พลังของความร้อนและไอระเหยจากสมุนไพรธรรมชาติ เพื่อปรับสมดุลของธาตุในร่างกาย ขับของเสีย และส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย กาย–จิต–พลังงาน แนวคิดนี้มีรากฐานจากศาสตร์ของการแพทย์แผนไทยซึ่งมองร่างกายผ่านมุมมองของ "ธาตุ" และ "ลมปราณ" โดยเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ และพลังชีวิตที่เรียกว่า "ลม" หรือ "ไตลม"

สูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรที่พัฒนาขึ้นคัดเลือกจากองค์ประกอบของสมุนไพรที่ได้รับการคัดเลือกอย่างเหมาะสม ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่สอดคล้องกับการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อบเชย มีสาร Cinnamaldehyde ซึ่งมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือด (vasodilation) และลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้อย่างเป็นธรรมชาติ[15] ใบมะนาว และผิวมะกรูด มีสาร Limonene ซึ่งมีฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยตรงผ่านการลดความหนาของผนังหลอดเลือดและต้านอนุมูลอิสระที่ทำลายผนังหลอดเลือด[16] ตะไคร้ มีสาร Citral ช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดและกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ไพล และ ขมิ้นชัน มีสารต้านการอักเสบ เช่น Curcumin ซึ่งช่วยลดภาวะอักเสบที่เป็นหนึ่งในปัจจัยกระตุ้นความดันโลหิตสูงเถาวัลย์เปรียง และ ว่านน้ำ มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและบรรเทาความตึงตัวของกล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือด นอกจากฤทธิ์ทางเคมีของสารสำคัญในพืชสมุนไพรแต่ละชนิดแล้ว กลไกการออกฤทธิ์ของสูตรอบไอน้ำสมุนไพรยังเกี่ยวข้องกับกลไกทางกายภาพที่เกิดจากความร้อนและไอน้ำร่วมด้วย โดยความร้อน

จากไอน้ำมีส่วนช่วยกระตุ้นให้หลอดเลือดบริเวณผิวหนังเกิดการขยายตัว (vasodilation) ซึ่งส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดในระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น ส่งผลลดแรงต้านทานภายในหลอดเลือด (vascular resistance) และก่อให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) ซึ่งสัมพันธ์กับการลดอัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) และความดันโลหิตโดยรวม (blood pressure) อย่างมีนัยสำคัญ กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Choi et al.[16] และ Lee et al.[17] ซึ่งรายงานว่าสารฟลาโวนอยด์ (flavonoids) และสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidants) ที่พบในพืชสมุนไพรหลากหลายชนิดมีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ทั้งนี้ สูตรอบไอน้ำสมุนไพรที่ได้รับการพัฒนาขึ้นประกอบด้วยตำรับสมุนไพรที่มีพิกัดเบญจเกสร ซึ่งประกอบไปด้วยสมุนไพรหอมที่มีกลิ่นระเหยง่าย (volatile oils) ส่งผลในด้านการบำบัดจิตใจ (aromatherapy) โดยมีคุณสมบัติช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย บรรเทาความวิตกกังวล และลดระดับความเครียดทางจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ เมื่อความเครียดลดลง ระบบประสาทอัตโนมัติจะเกิดความสมดุลมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตกลับสู่ระดับที่เหมาะสม[18]

หลังการอบไอน้ำสมุนไพรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียดลดลงก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการอบไอน้ำสมุนไพรสูตรที่พัฒนาขึ้นมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง โดยระดับคะแนนความเครียดเฉลี่ยลดลงจาก 41.72 เหลือ 28.52 คะแนน ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับสูตรมาตรฐานและการอบไอน้ำแบบธรรมดา ทั้งยังมีขนาดของผล (Effect Size: Cohen's d) เท่ากับ 1.19 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงมาก แสดงถึงประสิทธิภาพที่โดดเด่นของสูตรดังกล่าวในการลดระดับความเครียด องค์ประกอบของสมุนไพรในสูตรที่พัฒนาขึ้นมีหลายชนิดที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาซึ่งสัมพันธ์กับการลดความเครียดโดยตรง ได้แก่ ว่านน้ำมีสารเซสควิเทอร์ปีน (Sesquiterpene) ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบและระงับประสาทอ่อนๆ ใบหนาด มีสารคริปโตเมอริดิออน (Cryptomeridion) และใบเปล้า มีสารเทอร์ปีนอยด์ (Terpenoid) มีฤทธิ์ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและระบบประสาท ทำให้รู้สึกสงบ ลดอาการวิตกกังวล พิกัดเบญจเกสร โดยเฉพาะมะลิ มีสารจัสมินแล็กโทน (Jasmolactone) และสารลินาลูล (Linalool) ซึ่งออกฤทธิ์ช่วยให้นอนหลับ บรรเทาอาการกระวนกระวาย และปรับสมดุลอารมณ์ การบูร และ พิมเสน ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตในสมอง ทำให้รู้สึกโล่ง สดชื่น บรรเทาความอ่อนล้าทางจิตใจ กลิ่นหอมระเหยจากสมุนไพรในระหว่างการอบไอน้ำสมุนไพร ช่วยกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Nervous System) ซึ่งเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อหัวใจ และชะลอการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล (Cortisol)[19]

กลไกการออกฤทธิ์ของสูตรอบไอน้ำสมุนไพรมีความสอดคล้องกับแนวคิดทางสรีรวิทยาที่ปรากฏในศาสตร์ของ Aromatherapy และ Heat Therapy ซึ่งเน้นการใช้สารระเหยจากพืชสมุนไพรและความร้อนเป็นองค์ประกอบในการฟื้นฟูสมดุลของร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผลของกลิ่นหอมระเหย (volatile aromatic compounds) จากสมุนไพรที่สามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านการสูดดมและกระตุ้นสมองส่วนลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมอารมณ์ ความจำ และการหลั่งฮอร์โมน เช่น คอร์ติซอล (cortisol) และเซโรโทนิน

(serotonin) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อความเครียดและภาวะดุลยภาพของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เมื่อรวมกับความร้อนจากไอน้ำซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นการขยายตัวของหลอดเลือด (vasodilation) และช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ความร้อนยังส่งผลกระตุ้นการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) และลดการกระตุ้นของระบบซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ซึ่งมักมีระดับกิจกรรมสูงในภาวะความเครียดหรือความดันโลหิตสูง (hypertension) กลไกนี้จึงส่งผลให้เกิดการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และความเครียดโดยรวม ผลการศึกษาของ Lee, Kim และ Kang[17] รวมถึงงานวิจัยโดย Kwon et al.[20] ให้การสนับสนุนกลไกดังกล่าว โดยระบุว่าเมื่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการบำบัดด้วยไอน้ำสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการลดลงของดัชนีวัดกิจกรรมของระบบซิมพาเทติก (เช่น ค่า LF/HF ratio ใน HRV analysis) และเพิ่มการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก อันส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิตและความเครียดทั้งในระดับสรีรวิทยาและจิตใจอย่างเป็นรูปธรรม

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาสูตรยาอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการบูรณาการด้านสรีรวิทยากับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล จากแกน HPA (Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมความดันโลหิต การอบไอน้ำสมุนไพรที่มีส่วนประกอบของพืชที่มีน้ำมันหอมระเหย มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้ระดับความเครียดของร่างกายลดลงอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาต่อยอดสูตรยาให้ครอบคลุมฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเพิ่มเติม รวมถึงการวิจัยระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตในระดับคลินิก และสร้างแนวทางการบูรณาการระหว่างการแพทย์แผนไทยกับเวชปฏิบัติสมัยใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Hypertension [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิ.(2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค.2565]. เข้าถึงจาก: http://www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf
3. World Health Organization.(2021). More than 700 million people with untreated Hypertension [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 24]. Available from: https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension
4. กรมควบคุมโรค.(2565). กรมควบคุมโรค แนะประชาชนใส่ใจสุขภาพ วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=388
5. P S, Vellapandian C.(2024). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis: Unveiling the Potential Mechanisms Involved in Stress-Induced Alzheimer's Disease and Depression. Cureus. 2024;16(8):e67595. doi:10.7759/cureus.67595

6. Dhippayom T, Kongkaew C, Chaiyakunapruk N, Dilokthornsakul P, Sruamsiri R, Saokaew S, et al.(2015). Clinical effects of thai herbal compress: a systematic review and meta-analysis. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:942378. doi:10.1155/2015/942378
7. ฐานข้อมูลคัดกรอง HDC จังหวัดสระแก้ว [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงจาก: https://skw.hdc.moph.go.th/hdc/reports/
8. McMillan JH, Schumacher S.(2014). Research in education: Evidence-based inquiry. Boston: Pearson Higher Ed.
9. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
10. Cohen J.(1992). A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155–159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
11. Cohen L, Manion L, Morrison K.(2007). Research methods in education. 6th ed. Routledge; 2007. doi:10.4324/9780203029053
12. Kellar SP, Kelvin EA.(2013). Munro's statistical methods for health care research. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
13. Edmonds WA, Kennedy TD.(2017). An applied reference guide to research designs: Quantitative, qualitative, and mixed methods. 2nd ed. California: Sage Publications.
14. Kline RB.(2016) Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: Guilford Press.
15. Yin J, Zhang H, Ye J, Yang Y.(2020). Antihypertensive effects of natural flavonoids: A review of the mechanisms. Phytother Res. 2020;34(11):2923–2941. doi:10.1002/ptr.6711
16. Choi J, Kim TH, Lee MS.(2018). Herbal medicines for the treatment of hypertension: A systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens. 2018;36(7):1344–1353. doi:10.1097/HJH.0000000000001702
17. Lee JA, Kim KH, Kang BK.(2020). Effects of herbal steam therapy on stress and autonomic nervous system activity. Complement Ther Clin Pract. 2020;38:101081. doi:10.1016/j.ctcp.2019.101081
18. Goldstein DS.(2021). Stress and the "extended" autonomic system. Auton Neurosci. 2021;236:102889. doi:10.1016/j.autneu.2021.102889
19. Burns J.(2023). Common herbs for stress: The science and strategy of a botanical medicine approach to self-care. J Interprof Educ Pract. 2023;30:100592. doi:10.1016/j.xjep.2022.100592
20. Kwon YJ, Lee KS, Kim DI.(2019). Effect of aromatherapy with essential oils on blood pressure and stress in patients with hypertension. Evid Based Complement Alternat Med. 2019;2019:2156182. doi:10.1155/2019/2156182

ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

Nutritional status in critically ill surgical patients with sepsis in secondary - level hospital.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

พิมลพรรณ อันทะหวา[1] นงเยาว์ มีเทียน[2]
Pimonpun Antawa[1] Nongyaow Meethien[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 78 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย 2) แบบประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ qSOFA และ SIRS Criteria 3) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (m-NUTRIC) 4) แบบประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Search out Severity Score: SOS) 5) แบบบันทึกข้อมูลการได้รับการดูแลด้านโภชนาการ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .99, .98, .98 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกรับที่ระดับรุนแรงมาก ความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการต่ำทั้งแรกรับและหลังเข้ารับการรักษา ขณะรับการรักษาได้รับปริมาณพลังงานไม่เพียงต่อความต้องการของร่างกาย ปัจจัยด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย ปริมาณพลังงานที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

Abstract

This survey research aimed to study the nutritional status of critically ill surgical patients with sepsis admitted to the surgical intensive care unit at Mahasarakham Hospital, involving 78 patients. The research instruments included: 1) a personal and illness information questionnaire, 2) sepsis screening tools such as qSOFA and SIRS Criteria, 3) a nutritional status assessment tool (m-NUTRIC), 4) a severity of illness assessment tool (Search out Severity Score: SOS), and 5) a nutritional care record form. The reliability of the instruments was .99, .98, .98, and .93, respectively. Data were analyzed using statistics such as frequency, percentage, mean, minimum, maximum, standard deviation, Pearson's correlation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The research findings revealed that most of the sample had a very severe initial illness severity, with a low risk of malnutrition both initially and after admission. During treatment, the energy intake was insufficient. The severity of illness and the amount of energy intake were significantly correlated with nutritional status ($p < .05$).

Keyword: Nutritional status, Sepsis, critically ill surgical patients

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Corresponding Author E-mail: nongyaow.m@msu.ac.th

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเจ็บป่วยทางศัลยกรรม และเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบผู้ป่วย sepsis มากกว่าร้อยละ 50 ที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต[1] ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วย Severe sepsis จำนวน 75,209, 72,647 และ 79,088 คน ตามลำดับ และมีอัตราการตายร้อยละ 31.91, 34.09 และ 35.35 ตามลำดับ[2] ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้น สำหรับในโรงพยาบาลมหาสารคาม พบจำนวนผู้ป่วย sepsis เพิ่มขึ้นทุกปีและพบอัตราตายมากถึงร้อยละ 37.27, 48.04 และ 50.17 ตามลำดับ[2] ซึ่งจากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในปี พ.ศ. 2565 พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มี sepsis มากที่สุดจำนวน 179 คน และนำไปสู่ภาวะ septic shock ร้อยละ 60.34 ของจำนวนผู้ป่วย sepsis ทั้งหมด โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง คิดเป็นร้อยละ 51.[3] การเจ็บป่วยทางศัลยกรรมร่วมกับภาวะ sepsis จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทำงานของอวัยวะหลาย ๆระบบ ร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียด มีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด (stress hormone) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง[4] ร่วมกับผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเพิ่มมากขึ้น[5] ที่สำคัญยังส่งผลให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญสารอาหารมากกว่าปกติ (Hypermetabolism) และใช้พลังงานสูงขึ้นเพื่อชดเชยพลังงานที่ได้รับอย่างไม่เพียงพอจากการที่มีภาวะอดอาหารหรือรับประทานอาหารไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดโปรตีนและพลังงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะมีภาวะทุพโภชนาการชนิดภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ (undernutrition) ร้อยละ 38-78[6] ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะทุพโภชนาการถึงร้อยละ 3.9-11.4[7] และในผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการแรกรับอยู่ในระดับทุพโภชนาการรุนแรง ร้อยละ 59.80[8] จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล[9] 2) ปัจจัยด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย[10-12] 3) ปริมาณของพลังงานที่ได้รับ[13-14] และ 4) ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เริ่มได้รับสารอาหารเป็นครั้งแรก[15-16]

จากการสำรวจข้อมูลภาวะโภชนาการของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม รพ. มหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 43.3 และระดับรุนแรงร้อยละ 56.7 โดยร้อยละ 50 มีภาวะ sepsis/septic shock โดยในกลุ่มนี้พบว่ามีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 13.34 และระดับรุนแรงร้อยละ 86.66 และมีการเริ่มให้อาหารช้ากว่า 48 ชั่วโมงร้อยละ 13.33 และไม่ได้รับอาหารเลยระหว่างการรักษาร้อยละ 26.67 และในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วย sepsis ที่มีระยะวันนอนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปจำนวน 164 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับอาหารมื้อแรกเฉลี่ยในวันที่ 3 -5 หลังเข้ารับการ ซึ่งปัญหา/อุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้ภายใน 48 ชั่วโมง คือ ภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย นอกจากนั้นการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมยังทำไม่ต่อเนื่อง และยังไม่มีแนวทางในการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นที่การรักษาภาวะวิกฤต จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้

ภาวะโภชนาการจะส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆของร่างกายหลายประการ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ทำให้ต้อง

ใช้เครื่องช่วยหายใจนานและหย่าเครื่องช่วยหายใจยากขึ้น[17] ส่งผลกระทบต่อทางเดินอาหารและทำให้การกรองของไตลดลง[18] การหายของแผลช้า[19] นอกจากนี้ ยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ[8] ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานขึ้น ใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะยาว เพิ่มอัตราการการเกิดภาวะ sepsis และอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น[20]

จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม รพ. มหาสารคาม ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่า ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตด้านศัลยกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะ sepsis ร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดทั้งจากภาวะ sepsis การที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดและผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของต่อมไร้ท่ออื่นๆ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย นอกจากนี้การงดน้ำงดอาหารเพื่อการรักษาทั้งในช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อการเผาผลาญในร่างกายทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันเพิ่มมากขึ้น มี 3 ระยะ[4-5,21] ดังนี้ 1) ระยะช็อคหรือระยะกู้ชีพ (ebb phase) เกิดขึ้นใน 12-24 ชั่วโมง ร่างกายจะมีการเพิ่มขึ้นของเมตตาบอลิซึมเป็นอย่างมาก 2) ระยะไหล (flow phase) เกิดในช่วง 24-48 ชั่วโมง มีการเผาผลาญพลังงานสูงอย่างต่อเนื่อง (hyper catabolism) ส่งผลให้มีการสลายกลูโคสเพิ่มขึ้น และนำไกลโคเจนที่ร่างกายเก็บสะสมไว้มาใช้ มีการสลายโปรตีนและไขมันเป็นอย่างมากทำให้โครงสร้างมวลกล้ามเนื้อทั่วร่างกายลดลง 3) ระยะฟื้น (recovery phase) คือระยะที่มีการอักเสบทุเลาลง ระดับเมตตาบอลิซึมลดลง ร่างกายมีการสะสมไขมันและโปรตีน หากภาวะ sepsis หรือภาวะความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอดอาหาร (starvation) เป็นระยะเวลานาน ร่วมกับร่างกายเกิดการสลายไขมันและโปรตีนเป็นอย่างมาก และมีภาวะความต้องการใช้พลังงานมากขึ้น (Hypermetabolism) ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการกับปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวัน ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือได้รับการคัดกรองและประเมินด้วยแบบประเมินอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (Quick Sequential Organ Failure Assessment: qSOFA) ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับ แบบประเมินกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบ หรือ SIRS Criteria (Systemic Inflammatory Response Syndrome) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 78 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ไม่อยู่ในระยะช็อคและมีสัญญาณชีพคงที่ ไม่ตั้งครรภ์และไม่ถูกวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย คำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1.1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 1.2) ข้อมูลการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 2.1) แบบประเมินอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (Quick Sequential Organ Failure Assessment: qSOFA) เป็นแบบเลือกตอบ มีเกณฑ์การแปลผล คือ 0-1 คะแนน (ไม่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด) และตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป (สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด) โดยทำการประเมินร่วมกับ 2.2) แบบประเมินกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบ หรือ SIRS Criteria (Systemic Inflammatory Response Syndrome) เป็นแบบเลือกตอบ การแปลผล คือ 0-1 คะแนน (ไม่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด) และตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป (สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด)

3. แบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมิน modified- the nutrition risk in the critical Ill score (m-NUTRIC) เพื่อประเมินความเสี่ยงทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Nutrition Risk in Critical Ill score (NUTRIC) มี 5 ด้าน การแปลผล คือ 0-4 คะแนน (มีความเสี่ยงต่อภาวะพทุโภชนาการต่ำ) และ 5-9 คะแนน (มีความเสี่ยงต่อภาวทุพโภชนาการสูง)[22]

4. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย โดยใช้ แบบประเมินสัญญาณเตือนอาการก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Search out Severity Score: SOS) มี 5 องค์ประกอบ การแปลผล คือ คะแนนมากกว่า/เท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต[23]

5. แบบบันทึกข้อมูลการได้รับการดูแลด้านโภชนาการ ที่ได้รับสารอาหารผ่านทางระบบเดินอาหาร (Enteral nutrition) และทางหลอดเลือดดำ (Parenteral nutrition) ประกอบด้วย วันเวลาที่เริ่มได้รับสารอาหาร ชนิดของสารอาหาร ปริมาณสารอาหารที่ได้รับแต่ละครั้ง พลังงานที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน (Kcal) และเป้าหมายพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวัน โดยใช้สมการของ Penn State ในคำนวณปริมาณพลังงานเป้าหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) SIRS Criteria และ qSOFA มีการทดสอบค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) พบว่า SIRS Criteria มีค่าความไวสูง (ร้อยละ 82) แต่ค่าความจำเพาะต่ำ (ร้อยละ 24) สำหรับ qSOFA มีค่าความไวต่ำ (ร้อยละ 46) แต่ค่าความจำเพาะสูง (ร้อยละ 82)[24] แบบประเมิน m-NUTRIC โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ พบว่าระดับคะแนนที่สูง (มากกว่า 4 คะแนน) มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 90.5 และ ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 62.3[25] แบบประเมิน SOS ที่ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 82.9 และค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 95.1[23] การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมิน qSOFA, SIRS Criteria, m-NUTRIC และ SOS ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบและทดสอบซ้ำ (Test-retest Reliability) ได้เท่ากับ .99 .97, .98 และ .93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ และข้อมูลการได้รับการดูแลด้านโภชนาการ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำ ค่าสูง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของความเจ็บป่วยกับภาวะโภชนาการ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปริมาณพลังงานที่ได้รับกับภาวะโภชนาการ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) แปลผลระดับความสัมพันธ์ตาม รัตน์ศิริ ทาโต[26] ดังนี้ ระดับต่ำ (r<.30) ระดับปานกลาง (r=.30-.70) และระดับสูง (r>.70)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง: 386-340/2566 วันที่ 5 ตุลาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่รับรอง: MSKH_66-01-055 วันที่ 16 กันยายน 2566 สำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามและเซ็นใบยินยอมในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.51) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 71.80) มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค (ร้อยละ 29.50) การวินิจฉัยโรคแรกรับเป็นโรคทางระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 66.70) ค่าดัชนีมวลกายแรกรับอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI 18.5 - 22.9) (ร้อยละ 37.20) ระดับอัลบูมินแรกรับเฉลี่ย 3.04 กรัม/เดซิลิตร ระดับ Total Lymphocyte count แรกรับเมื่อเทียบกับภาวะโภชนาการ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 (<800 cell/m^3) (ร้อยละ 55.10) วันนอนเฉลี่ย 6.55 วัน ได้รับการผ่าตัด 1 ครั้ง (ร้อยละ 62.80) เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องและตัดต่อลำไส้ (ร้อยละ 69.40) ระยะเวลาผ่าตัดน้อยกว่า 60 นาที (ร้อยละ 62.80)

2. ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการศึกษาพบว่า แรกรับส่วนใหญ่ มีคะแนนภาวะโภชนาการ 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 29.50 คะแนนเฉลี่ย 3.76 คะแนน (ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 7 คะแนน) เมื่อพิจารณาตามระดับความเสี่ยง (ความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงสูง) พบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการต่ำ คิดเป็นร้อยละ 74.40 หลังเข้ารับการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะโภชนาการ 2 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 32.10 คะแนนเฉลี่ย 3.03 (ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 7 คะแนน) เมื่อเมื่อพิจารณาตามระดับความเสี่ยง (ความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงสูง) พบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการต่ำ คิดเป็นร้อยละ 82.10

3. ปัจจัยคัดสรรของการเจ็บป่วยแรกรับและหลังเข้ารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกรับอยู่ในระดับรุนแรง (ร้อยละ 67.90) มีความรุนแรงของความเจ็บป่วยหลังเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับไม่รุนแรง (ร้อยละ 85.90) หลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

ศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปริมาณพลังงานไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (ร้อยละ 93.60) และส่วนใหญ่ได้รับอาหารครั้งแรกภายใน 48 ชั่วโมง (ร้อยละ 59)

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกรับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการแรกรับการรักษาระดับปานกลาง อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .31) และปริมาณพลังงานที่ได้รับเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับภาวะโภชนาการภายหลังเข้ารับการรักษา อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .23) แต่ระยะเวลาที่เริ่มได้รับอาหารครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 78 คน)

ปัจจัยคัดสรร	ภาวะโภชนาการ	
	r	p-value
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแรกรับ	.31	.00
ปริมาณพลังงานที่ได้รับเฉลี่ยต่อวัน	.23	.02
เวลาที่เริ่มได้รับอาหารครั้งแรก	-.11	.17

สรุปและอภิปรายผล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (> 60 ปี) อายุเฉลี่ย 66 ปี และส่วนใหญ่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มีการวินิจฉัยแรกรับในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด และมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกรับที่ระดับรุนแรง ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายแรกรับอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ระดับอัลบูมินแรกรับเฉลี่ย 3.04 กรัม/เดซิลิตร บ่งบอกว่ามีภาวะขาดโปรตีนเล็กน้อย และระดับ Total Lymphocyte count แรกรับ < 800 cell/m^3 เฉลี่ย 1,180 cell/m^3 อธิบายได้ว่า จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในระบบภูมิคุ้มกันทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดโรคเรื้อรังตามมานอกจากนี้ในสภาพสังคมในปัจจุบันที่บุตรหลานต้องไปทำงานทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยเพียงลำพัง ทำให้บริโภคอาหารไม่ได้อย่างเพียงพอตามความต้องการและสารอาหารไม่ครบถ้วน รวมทั้งสุขนิสัยการรับประทานอาหาร การใช้ยาหลายขนานอาจส่งผลให้เกิดการระคายเคืองและโรคในระบบทางเดินอาหารและเกิดการติดเชื้อตามมา ซึ่งมีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน 5 ชนิดขึ้นไปและมีคะแนนความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาแรกรับที่ระดับรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก และได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 2[27]

2. ระดับความเสี่ยงของภาวะโภชนาการแรกรับ ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการแรกรับอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำสามารถอธิบายได้ว่า การที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจนทำให้มวลกล้ามเนื้อทั่วร่างกายลดลงจนทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการนั้นต้องเกิดภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็นระยะเวลานานมากกว่า 48 ชั่วโมง ร่วมกับร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือมีภาวะอดอาหารนานมากกว่า 72 ชั่วโมง หรือนานกว่า 3 สัปดาห์[28] ซึ่งจากการซักประวัติแรกรับพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติ การอดอาหาร การได้รับอาหารน้อยกว่าปกติ การเบื่ออาหาร หรือมีความผิดปกติในการรับประทานอาหารมาก่อน และภาวะเจ็บป่วยเป็นแบบเฉียบพลันภายใน 1-2 วันจึงทำให้ไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ร่วมกับ BMI แรกรับของกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงโรคอ้วน จึงพบว่า ภาวะโภชนาการแรกรับของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความชุกของความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ณ เวลาที่เข้ารับการรักษาในห้องไอซียูของกลุ่มผู้สูงอายุ สูงถึงร้อยละ 71.24[28] และไม่สอดคล้องกับการศึกษาภาวะที่พบว่าในผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูงถึงร้อยละ 87.34 และในกลุ่มนี้ยังพบว่ามีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 40.51[29] และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงทุพโภชนาการ[9] และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในระดับรุนแรง[11] ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ คือ มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนมาก และศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้ป่วยทั้งกลุ่มอายุรกรรมและศัลยกรรม ทำให้ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และ ทำให้อาจจะมีความรุนแรงหรือความซับซ้อนของการเจ็บป่วยที่มากกว่า ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษา จำนวนวันนอน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่แตกต่างกันได้ แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมร้อยละ 48.60 มีปัจจัยเสี่ยงทุพโภชนาการเล็กน้อย[12] ซึ่งมีบริบทที่เหมือนการศึกษาในครั้งนี้คือลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและส่วนหนึ่งมีการวินิฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. ระดับความเสี่ยงของภาวะโภชนาการหลังเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนการต่ำ ในระดับเสี่ยงต่ำสามารถอธิบายได้ว่าหลังเข้ารับการรักษาผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อทำให้ภาวะดังกล่าวดีขึ้น สัญญาณชีพคงที่ ร่างกายเข้าสู่ระยะฟื้น (recovery phase) ระดับเมตตาบอลิซึมลดลง ร่างกายมีการสะสมไขมันและโปรตีน จึงทำให้คะแนนความรุนแรงลดลง ประกอบกับส่วนใหญ่ร้อยละ 42.30 มีวันนอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน ทำให้ยังไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการที่ชัดเจน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกรับกับภาวะโภชนาการแรกรับ พบว่า คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกรับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการแรกรับอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .31) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูงเป็นผู้ที่มีอายุมากกกว่า (P=0.005) และมีคะแนน SOFA ที่สูงขึ้น (P<0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มเสี่ยงทางโภชนาการต่ำ[10] และสอดคล้องการศึกษาที่พบว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บ พลังงานที่ได้รับใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและภาวะไข้ สามารถทำนายการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ของผู้บาดเจ็บได้ ร้อยละ 31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสูง (≥ 9คะแนน) จะมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ[14]

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณพลังงานที่ได้รับกับภาวะโภชนาการ พบว่าปริมาณพลังงานที่ได้รับเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .23) ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปริมาณพลังงานที่ได้รับและการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับระดับทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[9] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดพลังงาน และการได้รับอาหารทางสายยาง(Enteral: EN) หรือได้รับร่วมกับทาง parenteral (PN) ปริมาณน้อยมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตใน 28 วันและการเกิดภาวะ sepsis อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[30] และสอดคล้อง

กับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะ sepsis ที่ได้รับปริมาณโปรตีนสูงในช่วงสัปดาห์แรกของการติดเชื้อมีอัตราการตายในโรงพยาบาลต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มที่ได้รับพลังงานสูงมากกว่าร้อยละ 70 ของปริมาณพลังงานที่ต้องการโดยการให้ทาง EN ร่วมกับทาง PN ดีกว่าการให้เพียงทาง EN หรือทาง PN อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[31]

6. ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่เริ่มได้รับอาหารครั้งแรกกับภาวะโภชนาการ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเริ่มอาหารผ่านทางเดินอาหารภายใน 48 ชั่วโมงอาจเนื่องมาจากมีการงดน้ำและอาหารเป็นระยะทำให้ได้รับปริมาณพลังงานไม่เพียงพอและวันนอนในหอผู้ป่วยหนักมีระยะเวลาสั้น จึงทำให้ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงในด้านโภชนาการอย่างชัดเจน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับอาหารเร็วภายใน 48 ชั่วโมงทั้งทางเดินอาหารและทางหลอดเลือดดำมักจะมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับอาหาร[16] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีการให้ปริมาณโปรตีนและพลังงานอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ และบางการศึกษา พบว่าการได้รับอาหารผ่านทางเดินอาหาร (EN) ในครั้งแรกก่อน 48 ชม. มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่นอน ICU ลดลง มีการใช้ยากลุ่ม vasopressor สั้นลง และระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสั้นลง[15]

สรุปการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 1) ก่อนเข้ารับการรักษา มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรง แต่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ 2) ภายหลังเข้ารับการรักษา; 2.1) มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่รุนแรง และมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในระดับต่ำ 2.2) โดยได้รับสารอาหารครั้งแรกภายใน 48 ชั่วโมง แต่ได้รับปริมาณพลังงานไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 3) ความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกรับมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับภาวะโภชนาการแรกรับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ปริมาณพลังงานที่ได้รับเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ และประเมินปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (วันแรกที่เข้ารับการรักษา ขณะรักษา และก่อนย้ายออก) และขณะรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญเพื่อพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเร็วที่สุด

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.ลมัย พนมกุล, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, ยงค์ รงค์รุ่งเรือง.(2564). ปัจจัยทำนายภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยอายุรกรรม. Nursing Science Journal of Thailand. 2564;39(3):74-90.

2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center. กระทรวงสาธารณสุข;2566. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2024&source=pformated/format1.php&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252#

3.ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหสารคาม.(2566). สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในปี พ.ศ. 2565. โรงพยาบาลมหาสารคาม.

4.พิรุณภา เบ็ญพาดม, ปองพล คงสมาน.(2562). โภชนบำบัดในผู้ป่วยวิกฤตบทบาทท้าทายสำหรับพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2562;63(3):219-30.

5.เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น.(2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย.

6.Lew CCH, Yandell R, Fraser RJL, Chua AP, Chong MFF, Miller M.(2017). Association Between Malnutrition and Clinical Outcomes in the Intensive Care Unit: A Systematic Review [Formula: see text]. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2017;41(5):744-58.

7.Bhirommuang N, Komindr S, Jayanama K.(2019). Impact of nutritional status on length of stay and hospital costs among patients admitted to a tertiary care hospital in Thailand. Asia Pac J Clin Nutr. 2019;28(2):252-9.

8.วาสนา หาวิน, พรทิพย์ อยู่ญาติมาก, รภัสศา แพรภัทรประสิทธิ์. (2563). ภาวะโภชนาการและความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วยในเข้ารักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาลศาตร์และสุขภาพ. 2563;43(3):161-71.

9.ภัทรพล คำสอนทา, สุวลี โล่วิรกรณ.(2564). ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนเรศวร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564;14(4):49-61.

10.Gao Q, Cheng Y, Li Z, Tang Q, Qiu R, Cai S, et al.(2021). Association Between Nutritional Risk Screening Score and Prognosis of Patients with Sepsis. Infect Drug Resist. 2021;14:3817-25.

11.ณันตร์ธภรณ์ อินถา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, อาภรณ์ ดีนาน.(2556). ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556;21(2):13-26.

12. Chittawatanarat K, Chaiwat O, Morakul S, Kongsayreepong S.(2016). Outcomes of Nutrition Status Assessment by Bhumibol Nutrition Triage/Nutrition Triage (BNT/NT) in Multicenter THAI-SICU Study. J Med Assoc Thai. 2016;99 Suppl 6:S184-s92.

13.Lottes Stewart M.(2014). Nutrition support protocols and their influence on the delivery of enteral nutrition: a systematic review. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2014;11(3):194-9.

14.ณัฏฐิกา ถาวงษ์เพีย, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, ศุภฤกษ์ ปรีชายุทธ.(2564). ปัจจัยทำนายภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัด. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(4):94-113.

15.Ortiz-Reyes L, Patel JJ, Jiang X, Coz Yataco A, Day AG, Shah F, et al.(2022). Early versus delayed enteral nutrition in mechanically ventilated patients with circulatory shock: a nested cohort analysis of an international multicenter, pragmatic clinical trial. Critical Care. 2022;26(1):173.

16.Sim J, Hong J, Na EM, Doo S, Jung YT.(2021). Early supplemental parenteral nutrition is associated with reduced mortality in critically ill surgical patients with high nutritional risk. Clin Nutr. 2021;40(12):5678-83.

17.Koontalay A, Suksatan W, Sadang JM, Prabsangob K.(2021). Optimal nutritional factors influencing the duration of mechanical ventilation among adult patients with critical illnesses in an intensive care unit. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2021:1385-93.

18.ขวัญชนก เจนวีระนนท์.(2560). รูปแบบการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร นครปฐม ประเทศไทย.

19.Singh R, Tripathi SS, Tripathi A, Pandey H.(2019). Assessment of wound healing in relation to nutritional status of the patients in common surgical condition in tertiary care centre. International Surgery Journal. 2019;6(4):1247-53.

20.วรัทยา กุลนิธิชัย.(2562). การพยาบาลเพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562;30(1):2-16.

21.อภิญญา กุลทะเล, อัมพรพรรณ ธีรานุต.(2558). การส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤต:บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลศาตร์และสุขภาพ. 2558;38(4):162-71.

22.Wang N, Wang MP, Jiang L, Du B, Zhu B, Xi XM.(2021). Association between the modified Nutrition Risk in Critically Ill (mNUTRIC) score and clinical outcomes in the intensive care unit: a secondary analysis of a large prospective observational study. BMC Anesthesiol. 2021;21(1):220.

23.Champunot, R, Tansuphaswasdikul, S, Kamsawang, N, Tuandoung, P, Thimsri, D.(2016). Application of Search Out Severity (SOS) Score for Identification of Deteriorating Patient in General Ward. Bhuddachinaraj Medical Journal. 2016;33(3):313-25.

24.Wang C, Xu R, Zeng Y, Zhao Y, Hu X.(2022). A comparison of qSOFA, SIRS and NEWS in predicting the accuracy of mortality in patients with suspected sepsis: A meta-analysis. PLoS One. 2022;17(4):e0266755.

25.Lin PY, Yen YT, Lam CT, Li KC, Lu MJ, Hsu HS.(2021). Use of modified-NUTRIC score to assess nutritional risk in surgical intensive care unit. J Chin Med Assoc. 2021;84(9):860-4.

26.รัตศิริ ทาโต.(2561). การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้(ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ [4]: คณะพยาบาลศสาตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

27.ไกรสร จันทร์นฤมิตร.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมการใช้ยาร่วมกันหลายขนานและความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยากับผลลัพธ์การจำหน่ายออกจากแผนกฉุกเฉินในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2563;23(3):27-38.

28. Shpata V, Ohri I, Nurka T, Prendushi X.(2015). The prevalence and consequences of malnutrition risk in elderly Albanian intensive care unit patients. Clin Interv Aging. 2015;10:481-6.

39. โสภิส เกตุพร.(2557). ภาวะโภชนาการผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2557;4(2):135-42.

30.Auiwattanakul S, Chittawatanarat K, Chaiwat O, Morakul S, Kongsayreepong S, Ungpinitpong W, et al. Effects of nutrition factors on mortality and sepsis occurrence in a multicenter university-based surgical intensive care unit in Thailand (THAI-SICU study). Nutrition. 2019;58:94-9.

31. Cha JK, Kim HS, Kim EJ, Lee ES, Lee JH, Song IA.(2022). Effect of Early Nutritional Support on Clinical Outcomes of Critically Ill Patients with Sepsis and Septic Shock: A Single-Center Retrospective Study. Nutrients. 2022;14(11).

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร

PREDICTIVE FACTORS OF INFECTIOUS WASTE SEPARATION BEHAVIOR AMONG RESIDENTS IN SANG KHO SUBDISTRICT, PHU PHAN DISTRICT, SAKON NAKHON PROVINCE.

(Received: June 18,2025 ; Revised: June 22,2025 ; Accepted: June 24,2025)

อารี บุตรสอน[1] ปรเมศวร์ ขันธ์แก้ว[2] ฐิติกร ประสาร[2]
Aree Butsorn[1*] Poramet Khankaew[2] Thitikorn Prasarn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 294 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 31 ตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย นำเสนอข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร โดยใช้สถิติ Multiple regression แบบ Stepwise

ผลการวิจัย พบว่า ระดับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 99 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อาชีพรับจ้าง และทัศนคติเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 33.9 (R^2=0.339, R^2_{adj}=0.330, SE_{est}=5.02182, F= 37.074, p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนอยู่ในระดับดี และมีปัจจัยทำนาย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อาชีพรับจ้าง และทัศนคติ ควรส่งเสริมให้ประชาชนได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้ออย่างต่อเนื่องผ่านสื่อที่เข้าถึงง่าย พัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกในการคัดแยก เช่น ถังขยะเฉพาะประเภท และสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ถูกต้อง รวมถึงสนับสนุนกลุ่มอาชีพรับจ้างให้มีบทบาทเป็นต้นแบบการจัดการขยะติดเชื้อในพื้นที่

คำสำคัญ : ปัจจัย พฤติกรรม ขยะติดเชื้อ ประชาชน

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to investigate the predictive factors of infectious waste separation behavior among residents of Sang Kho Subdistrict, Phu Phan District, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 294 participants. Data were collected using a researcher-developed questionnaire from July 1 to October 31, 2022. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, 25th percentile, and 75th percentile were used to describe the data. Stepwise multiple regression analysis was applied to identify predictors of infectious waste separation behavior.

The results revealed that the overall level of infectious waste separation behavior among residents was high, with 99% exhibiting good practices. Four significant predictors were identified: enabling factors, reinforcing factors, occupation as a wage laborer, and attitudes toward infectious waste. These variables jointly accounted for 33.9% of the variance in waste separation behavior (R^2 = 0.339, R^2_{adj}=0.330, SE_{est}=5.02182, F=37.074, p<0.001), which was statistically significant at the 0.05 level. Based on the findings,

[1] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Corresponding author: E-mail: aree.b@ubu.ac.th
[2] นักวิชาการสาธารณสุข

it is recommended to continuously promote public awareness of infectious waste through accessible media, improve waste separation infrastructure such as designated waste bins, foster positive attitudes through community engagement, and support wage laborers as role models in infectious waste management.
Keywords: Factors, Behavior, Infectious Waste, Residents

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข โดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จากสนามมวยราชดำเนินในกรุงเทพมหานคร นำไปสู่การระบาดระลอกแรก และต่อเนื่องด้วยระลอกที่สองถึงห้า โดยในช่วงต้นปี พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นระลอกที่ 5 พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการควบคุมโรค ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั่วประเทศอยู่ที่ 2,002 ราย[1] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างเข้มงวด เช่น การปิดพื้นที่เสี่ยง การเว้นระยะห่างทางสังคม การหลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยตรง การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และการสวมหน้ากากอนามัย โดยเฉพาะการสวมหน้ากากอนามัยถือเป็นหนึ่งในมาตรการที่สำคัญที่สุดในการลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยหน้ากากที่ถูกนำมาใช้แพร่หลาย คือ หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (Medical mask) ซึ่งตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข[2] ได้ระบุว่าเป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับปิดจมูกและปาก เพื่อปกป้องทางเดินหายใจ โดยมีคุณสมบัติในการกรองอนุภาคและลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค เช่น แบคทีเรีย เชื้อรา และไวรัส

การใช้งานหน้ากากอนามัยทางการแพทย์แบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งในจำนวนมาก ส่งผลให้ปริมาณขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล โดยข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย[3] ระบุว่า ก่อนการระบาดมีการผลิตหน้ากากอนามัยเพียง 800,000 ชิ้นต่อวัน แต่ในช่วงระบาดเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 ล้านชิ้นต่อวัน นำไปสู่ปริมาณขยะจากหน้ากากอนามัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนจากน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ หรือเลือดของผู้ติดเชื้อ หากไม่มีการจัดการอย่างถูกวิธี เช่น การทิ้งรวมกับขยะทั่วไป การเทกองในพื้นที่เปิด หรือการทิ้งลงแหล่งน้ำ อาจทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายสู่สิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศ ทั้งทางอากาศและทางน้ำ[4] ในระดับประเทศ ปัญหาขยะมูลฝอยได้ทวีความรุนแรงตามการขยายตัวของเมืองและพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่หน่วยงานรับผิดชอบด้านการเก็บและกำจัดมูลฝอยยังขาดทรัพยากร บุคลากร และระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาขยะตกค้าง ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน ทัศนียภาพไม่น่าดู และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของสัตว์และแมลงนำโรค ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนมีหลายด้าน เช่น ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ความรู้ ทัศนคติ และข้อมูลข่าวสาร โดยลิลตา ทองบุราณ และมนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล[6] พบว่า ปัจจัยนำ เอื้อ และเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของประชาชน ขณะที่ ศุภษร วิเศษชาติ และคณะ[7] พบว่าความรู้และการได้รับการส่งเสริมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะ นอกจากนี้ กัญจน์ณิชา สุดชารี และคณะ (2561) ยังชี้ว่าปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และทัศนคติก็มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ

ในพื้นที่ศึกษา เทศบาลตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ประสบปัญหาเรื่องการจัดการขยะ โดยเฉพาะขยะติดเชื้อ เนื่องจากมีพื้นที่รับผิดชอบกว้างขวาง มีประชากรรวม 9,063 คน ผลิตขยะเฉลี่ย 1.13 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน หรือประมาณ 1.7 ตันต่อวัน และ 50 ตันต่อเดือน แต่มีรถเก็บขยะเพียง 1 คันเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถเก็บขยะได้ทั่วถึง ระบบการเก็บขยะใช้การตั้งถังหน้าบ้านให้เจ้าหน้าที่จัดเก็บสัปดาห์ละครั้ง และมีการจ่ายค่าธรรมเนียมในการนำขยะไปกำจัดโดยเอกชน[8] นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่ยังมีอัตราการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับต่ำ ขาดความรู้ที่ถูกต้อง ขาดทัศนคติที่ดี และขาดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้วางแผนส่งเสริม และพัฒนานโยบายหรือกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้องและยั่งยืน อันจะนำไปสู่การลดปริมาณขยะติดเชื้อในชุมชน ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร

ประชากรและตัวอย่าง

ประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร จำนวน 9,063 คน

ประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร อายุ 20 ปี ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 294 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE)[9] โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w}\right)\left(\frac{1-R^2}{1-R^2_{XXj}}\right)\left(\frac{\chi^2_{(1-\gamma;N-1)}}{N-p-1}\right)+p+1$$

โดยที่

N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = 50% ของโอกาสที่จะได้ 95%CI ของ R^2 น้อยกว่า 0.1

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 4 predictors)

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการคาดและประมาณการจากการศึกษาของนฤญา ยางธิสาร (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของผู้อยู่อาศัยในตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (R^2=0.416)

$R^2_{x\text{-}xj}$ = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลัก กับตัวแปรต้นอื่นๆ ของนฤญา ยางธิสาร (2561) R^2=0.193

$X^2_{(1-\gamma;N-1)}$ = ควอไทล์ ของการกระจายแบบ ไค-สแคว (0.08)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชั่น AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร จำนวน 146 คน ผู้วิจัยคิดความแปรปรวนของการคัดเลือกตัวอย่างจากการสุ่ม (Design Effect) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 292 คน ดังนั้นผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจำนวน 292 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา และจำนวนสมาชิกครอบครัว จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือก (Check List) และระบุคำตอบที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการคัดแยกขยะติดเชื้อ จำนวน 9 ข้อ โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือก (Check List) และระบุคำตอบที่ถูกต้อง ลักษณะของคำตอบแต่ละข้อมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) วัดเป็นคะแนน โดยให้เลือกตอบ 2 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ พิจารณาให้คะแนนโดย ตอบคำถามถูก ได้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการคัดแยกขยะติดเชื้อ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยทัศนคติข้อคำถามเชิงบวก (Positive Statement) จำนวน 7 ข้อ โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือก (Check List) และระบุคำตอบที่ถูกต้อง ซึ่งลักษณะของคำตอบแต่ละข้อมีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) วัดเป็นคะแนน เลือกตอบใช้การทำระดับตาม (Rating Scale) มี 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่คัดแยกขยะติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่คัดแยกขยะติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดแยกขยะติดเชื้อ และการรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะติดเชื้อ โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือก (Check List) และระบุคำตอบที่ถูกต้อง ซึ่งลักษณะของคำตอบแต่ละข้อมีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) วัดเป็นคะแนน เลือกตอบใช้การทำระดับตาม (Rating Scale) มี 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของถังขยะของเทศบาล ความถี่ของการเก็บขยะของเทศบาล และความสะดวกในการนำขยะไปรวมที่ถังขยะสาธารณะ รวมทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือก (Check List) และระบุคำตอบที่ถูกต้อง ซึ่งลักษณะของคำตอบแต่ละข้อมีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) วัดเป็นคะแนนเลือกตอบใช้การทำระดับตาม (Rating Scale) มี 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 7 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือก (Check List) และระบุคำตอบที่ถูกต้อง ซึ่งลักษณะของคำตอบแต่ละข้อมีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) วัดเป็นคะแนนเลือกตอบใช้การทำระดับตาม (Rating Scale) มี 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ จำนวน 15 ข้อ โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือก

(Check List) และระบุคำตอบที่ถูกต้อง ซึ่งลักษณะของคำตอบแต่ละข้อมีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) วัดเป็นคะแนน เลือกตอบใช้การทำระดับตาม (Rating Scale) มี 3 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

การตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา พิจารณาครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำเครื่องมือที่ผ่านการหาค่าความตรงไปทดลองใช้ ที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลหลุบเลา อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ เท่ากับ 0.730 ทัศนคติเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ เท่ากับ 0.819 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่คัดแยกขยะติดเชื้อ เท่ากับ 0.825 การรับรู้ความรุนแรงของการไม่คัดแยกขยะติดเชื้อ เท่ากับ 0.801 การรับรู้ประโยชน์ของการไม่คัดแยกขยะติดเชื้อ เท่ากับ 0.876 การรับรู้อุปสรรคของการไม่คัดแยกขยะติดเชื้อ เท่ากับ 0.891 ปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 0.788 และปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.898 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ ทัศนคติเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร แยกรายตัวแปรโดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ ทัศนคติเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร จำนวน 292 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 มีอายุเฉลี่ย 24.11 ปี (S.D.=8.30 ปี) ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15.6 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 9,850 บาท (P_{25}= 2,000 บาท:P_{75}=15,000 บาท) จบการศึกษาใน

ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 47.3 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.71 คน (S.D.=1.46 คน) ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร วิเคราะห์ทีละตัวแปร

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร จำนวน 5 ตัวแปร คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับขยะติดเชื้อ (r=0.159, p-value=0.001) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ (r=0.437, p-value<0.001) ด้านแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (r=0.293, p-value<0.001) ปัจจัยเอื้อ (r=0.544, p-value<0.001) ปัจจัยเสริม (r=0.526, p-value<0.001) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ ตามลำดับ

3. การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุตัวแปรปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยเอื้อเป็นตัวแปรพยากรณ์ตัวแรกที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 26.9 (R^2=0.269) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์อีก 1 ตัว คือ ปัจจัยเสริม พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 31.6 (R^2=0.316) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ อาชีพรับจ้าง พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 33.0 (R^2=0.330) เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ไปอีก 1 ตัว คือ ปัจจัยนำ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ พบค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 33.9 (R^2=0.339) โดยสรุปผลว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อาชีพรับจ้าง และทัศนคติเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 33.9 (R^2=0.339, R^2_{adj}=0.330, SE_{est}=5.02182, F= 37.074, p<0.001) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร มีตัวแปรที่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อ จำนวน 4 ตัวแปร คือ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม อาชีพรับจ้าง และทัศนคติเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยลำดับที่ 1 ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัยเอื้อเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลโดยตรง

ต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งรวมถึงการมีทรัพยากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น เช่น การมีถังขยะแยกประเภทในแต่ละครัวเรือนหรือพื้นที่ชุมชน การเข้าถึงถังขยะติดเชื้อเฉพาะทาง สื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ หรือการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่นในการจัดหาอุปกรณ์หรือระบบการจัดการขยะที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เมื่อประชาชนมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ และเข้าถึงระบบการจัดการขยะที่ถูกต้อง ย่อมเอื้อต่อการนำความรู้หรือความตั้งใจไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Green & Kreuter[10] ใน PRECEDE-PROCEED Model ที่ระบุว่า enabling factors คือปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีโอกาสและความสามารถในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น นอกจากนี้ ยังสนับสนุนผลการศึกษาของลิลตา ทองบุราณ และมนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล[6] ที่พบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ในกรณีของตำบลสร้างค้อ ซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบกว้างขวางแต่มีทรัพยากรจำกัด เช่น รถเก็บขยะมีเพียง 1 คัน ระบบจัดวางถังขยะยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง การขาดปัจจัยเอื้อที่ชัดเจนจึงกลายเป็นอุปสรรคหลักต่อการมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะที่เหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมปัจจัยเอื้อ เช่น การเพิ่มจำนวนถังขยะเฉพาะ การจัดพื้นที่ทิ้งขยะติดเชื้อให้เป็นระบบ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและเข้าถึงช่องทางการจัดการขยะ จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างยั่งยืนในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของศุภษร วิเศษชาต และคณะ[11] ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนที่ 2 เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$, $r=0.174$) และการได้รับการส่งเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$, $r=0.243$)

2. ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัยเสริมหมายถึงแรงสนับสนุนหรือแรงกระตุ้นจากบุคคลหรือแหล่งภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับคำแนะนำ การได้รับการยอมรับ หรือการเห็นแบบอย่างที่ดีในสังคม ล้วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อได้มากขึ้น ในบริบทของชุมชนตำบลสร้างค้อ พบว่า หากประชาชนได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดหรือหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เช่น การมีการสื่อสารเชิงรณรงค์ การจัดกิจกรรมให้ความรู้ การมีผู้นำชุมชนที่เป็นแบบอย่างด้านสิ่งแวดล้อม จะช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ทำให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่สนับสนุนพฤติกรรมจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Green & Kreuter[10] ในโมเดล PRECEDE-PROCEED ซึ่งระบุว่า ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) มีหน้าที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลคงพฤติกรรมที่เหมาะสมไว้ได้ในระยะยาว รวมถึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านการเสริมแรงทางบวก เช่น การยอมรับ การชมเชย หรือการเห็นผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์จากสังคมรอบข้าง ดังนั้น การพัฒนากลไกการสื่อสารและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมภายในชุมชน โดยเฉพาะจากครอบครัว ผู้นำท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน จะช่วย

ส่งเสริมพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อให้แพร่หลายและเกิดความยั่งยืนมากยิ่งขึ้นในพื้นที่ตำบลสร้างค้อและบริบทอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนฤญา ยางธิสาร และคณะ[12] ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของผู้อยู่อาศัยในตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า เมื่อพิจารณาความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยจากบุคคลในครัวเรือน และเพื่อนบ้าน (beta= 0.377) ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน (beta= 0.369) จำนวนการใช้บริการร้านรับซื้อของเก่า (0.232) การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน (0.148) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนร้อยละ 41.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กัญจน์ณิชา สุดชาร และคณะ[13] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในชุมชน ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วม รวมทั้ง รายได้ และทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยในชุมชน และ นภัส น้ำใจตรง และคณะ[14] พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในตำบลกระทุ่มล้มอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า การแปรสภาพและการนำกลับมาใช้ใหม่ การนำขยะมูลฝอยส่งคืนผู้ผลิต การลดและหลีกเลี่ยงการเกิดขยะมูลฝอย ซึ่งปัจจัยสนับสนุนต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยที่รายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ระดับมากคือ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการรับรู้ด้านจิตสาธารณะ และด้านเจตคติ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 81.20 และส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนทั้ง 5 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. อาชีพรับจ้าง เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มอาชีพรับจ้างมักเป็นกลุ่มที่มีความคล่องตัวในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งทำให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพและความสำคัญของการจัดการขยะอย่างปลอดภัย ประกอบกับลักษณะงานของกลุ่มนี้ที่ต้องออกนอกบ้านหรือทำงานตามพื้นที่ต่าง ๆ อาจส่งผลให้บุคคลในกลุ่มนี้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น จากสถานประกอบการ หน่วยงานรัฐ หรือสื่อมวลชน นอกจากนี้ กลุ่มอาชีพรับจ้างยังมีแนวโน้มที่จะมีความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับหนึ่ง เนื่องจากต้องดำรงชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกันกับชุมชน การรับรู้ถึงผลกระทบของการไม่คัดแยกขยะติดเชื้อ เช่น การแพร่เชื้อโรคหรือกลิ่นรบกวน อาจทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น อีกทั้งบางคนในกลุ่มนี้อาจเคยเข้าร่วมกิจกรรมอบรมหรือมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข การจัดการสิ่งแวดล้อม หรือการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งเอื้อต่อการสร้างพฤติกรรมที่ดีต่อการคัดแยกขยะ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดด้านประชากรศาสตร์ที่ชี้ว่า ลักษณะอาชีพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยอาชีพบางประเภทอาจมีลักษณะการทำงานที่เอื้อให้บุคคลรับรู้ เข้าถึง และปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมมากกว่าบางกลุ่ม เช่น กลุ่มอาชีพที่มีโอกาสได้รับข้อมูล ความรู้ หรือฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง

กับการจัดการขยะและสุขภาพอนามัย ดังนั้น การนำกลุ่มอาชีพรับจ้างมาเป็นต้นแบบ (role model) หรือแกนนำในการส่งเสริมการคัดแยกขยะติดเชื้อในระดับชุมชน อาจเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการพัฒนาองค์ความรู้ ทัศนคติ และการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของมโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ และคณะ[15] ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลคลองประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำจัดขยะที่ถูกวิธีของครัวเรือน พบว่า ด้านอาชีพมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันการกำจัดขยะที่ถูกวิธีของครัวเรือนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลต้องมีการวางแผนร่วมกับผู้นำในการให้ครัวเรือนสามารถกำจัดขยะให้ถูกสุขลักษณะ เช่น จัดการนำถังขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลให้กับครัวเรือนและนำไปกำจัดให้ถูกวิธี โดยต้องประเมินถึงความคุ้มค่า กล่าวคือ ต้องคำนึงถึงจำนวนเงินที่ครัวเรือนสามารถจ่ายเพื่อจัดการขยะและความถี่ในการจัดเก็บขยะขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้กำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะสามารถดำเนินการได้

4. ปัจจัยนำเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัยนำหมายถึงลักษณะพื้นฐานของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม หรือประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานของกระบวนการรับรู้และการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรม จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนที่มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการคัดแยกขยะได้อย่างเหมาะสมมากกว่าผู้ที่ขาดความรู้หรือมีทัศนคติเชิงลบ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบของการจัดการขยะติดเชื้อที่ไม่ถูกวิธี ทั้งในด้านสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมโดยรอบ แนวคิดของ Green & Kreuter[10] ในโมเดล PRECEDE-PROCEED ระบุว่าปัจจัยนำมีบทบาทในการกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจภายใน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะความรู้และทัศนคติที่ดีสามารถส่งผลให้บุคคลเลือกปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาปัจจัยภายนอกมากนัก ทั้งนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภษร วิเศษชาติ และคณะ[7] ที่พบว่าความรู้และการส่งเสริมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของประชาชน นอกจากนี้ การที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือจากการรณรงค์ในชุมชน ยิ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อประโยชน์ส่วนรวมและสุขอนามัยที่ดี ดังนั้น การส่งเสริมปัจจัยนำ โดยเฉพาะในด้านการให้ความรู้ การสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ และการสื่อสารผ่านสื่อชุมชน จะช่วยให้ประชาชนมีพื้นฐานที่เอื้อต่อการคัดแยกขยะติดเชื้ออย่างยั่งยืน และลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคในระดับครัวเรือนและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของวิรุทธิ์ เอี่ยมสหเกียรติ และคณะ[16] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ค้าหาบเร่แผงลอย เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ค้าหาบเร่แผงลอย อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 33.1 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.2 ส่วนปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ค้าหาบเร่แผงลอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการ

จัดการขยะ อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 50.7 ทัศนคติต่อการจัดการขยะ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 83.0 และ แรงจูงใจต่อการจัดการขยะอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.0 การทำนายอิทธิพลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการขยะ ร้อยละ 34 ได้แก่ แรงจูงใจ (Beta = 0.586) ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ส่งเสริมนโยบายด้านการจัดการขยะให้ชัดเจน รวมถึงพัฒนาการใช้เครื่องมือ ในสื่อออนไลน์ อาทิเช่น เพสบุ๊ค ไลน์ ในการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ค้าหาบเร่แผงลอยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว และ ใช้แรงจูงใจของผู้ค้าหาบเร่แผงลอยในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม 3Rs (ลดการใช้, ใช้ซ้ำ, รีไซเคิล) และสอดคล้องกับการศึกษาของนฤญา ยางธิสาร และคณะ[12] ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของผู้อยู่อาศัยในตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ตัวแทนครัวเรือนมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.20 ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.00 พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.30 เมื่อพิจารณาความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยจากบุคคลในครัวเรือน และเพื่อนบ้าน (beta= 0.377) ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน (beta= 0.369) จำนวนการใช้บริการร้านรับซื้อของเก่า (0.232) การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน (0.148) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนร้อยละ 41.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปแนวทางแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนในพื้นที่บริบทที่มีความใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมทำให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวก (ปัจจัยเอื้อ) ควรจัดให้มีถังขยะแยกประเภทโดยเฉพาะสำหรับขยะติดเชื้อในชุมชนอย่างทั่วถึง และมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจถึงวิธีการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อเอื้อให้ประชาชนสามารถคัดแยกขยะได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. พัฒนารูปแบบการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของชุมชน (ปัจจัยเสริมและทัศนคติ) ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และสร้างจิตสำนึกเรื่องขยะติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เช่น วิทยุชุมชน สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ รวมถึงการจัดอบรมในระดับหมู่บ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะติดเชื้อ

3. สนับสนุนกลุ่มอาชีพรับจ้างให้เป็นแกนนำด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน เนื่องจากกลุ่มอาชีพรับจ้างเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรส่งเสริมให้กลุ่มนี้มีบทบาทในการเป็นต้นแบบ (Role Model) หรืออาสาสมัครสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อขยายผลการจัดการขยะติดเชื้อสู่ครัวเรือนอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อในบริบทอื่น เช่น ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ความเชื่อของชุมชน แรงจูงใจส่วนบุคคล หรืออิทธิพลของครอบครัว ซึ่งอาจช่วยให้เข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมได้มากขึ้น และสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมที่ตรงกับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อได้อย่างรอบด้าน และครอบคลุมทั้งมิติทางสถิติและมุมมองของผู้ให้ข้อมูลในระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประจำวันที่ 25 สิงหาคม 2565. กระทรวงสาธารณสุข.

2.กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หน้ากากอนามัยทางการแพทย์. ราชกิจจานุเบกษา.

3.Thailand Development Research Institute. (2563). TDRI: หน้ากากอนามัย...เมื่อของจำเป็นกลายเป็นของหายาก. สืบค้นจาก https://tdri.or.th

4.สวรรยา ธรรมอภิพล, จารุมนต์ ดิษฐ์ประพัตร์, & ปภาอร กลิ่นศรีสุข. (2564). ผลกระทบของขยะหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ที่ใช้แล้วในช่วงสถานการณ์โควิด-19. วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ, 20(1), 15-27.

5.กานดา ปุ่มสิน, ทอแสง พิมพ์เบ้าธรรม, & นลพรรณ เจนจำรัสฤทธิ์. (2564). ปัญหาและแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมือง. วารสารสิ่งแวดล้อมไทย, 27(2), 45-56.

6.ลิลตา ทองบุราณ, & มนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อของประชาชนในชุมชน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 14(1), 101-113.

7.ศุภษร วิเศษชาติ, สมชาย อินทร์จันทร์, & ธนัชพร ขุนทอง. (2560). ความรู้และการได้รับการส่งเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาล. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 15(2), 71-83.

8.วิจารย์ สิมาฉายา. (2563). รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลสร้างค้อ ประจำปี 2563. สำนักงานเทศบาลตำบลสร้างค้อ.

9.Kelly, K. R., & Maxwell, S. E. (2003). Sample size for multiple regression: Obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychological Methods, 8(3), 305–321. https://doi.org/10.1037/1082-989X.8.3.305

10.Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

11.ศุภษร วิเศษชาติ, และคณะ. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนที่ 2 เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 25(3), 123–131.

12.นฤญา ยางธิสาร, และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของผู้อยู่อาศัยในตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 20(2), 89–101.

13.กัญจน์ณิชา สุดชารี, และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, 11(4), 150–162.

14.นภัส น้ำใจตรง, และคณะ. (2562). พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารสิ่งแวดล้อมไทย, 35(1), 45–59.

15.มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ, และคณะ. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลคลองประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่. วารสารสาธารณสุขภาคใต้, 5(2), 74–86.

16.วิรุทธิ์ เอี่ยมสหเกียรติ, และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ค้าหาบเร่แผงลอยเขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม, 27(3), 22–33.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

EFFECTS OF A PARTICIPATION AND MONITORING PROGRAM ON BEHAVIOR MODIFICATION FOR LEPTOSPIROSIS PREVENTION AMONG AT-RISK POPULATIONS IN SAMRONG TACHEN SUBDISTRICT, KHUKHAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

(Received: June 18,2025 ; Revised: June 22,2025 ; Accepted: June 24,2025)

คลาย อาจสาลี[1]
KLAY ARDSALEE [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่สร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม การติดตามประเมินผล โรคเลปโตสไปโรซีส ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a participatory and follow-up program on behavioral modification for leptospirosis prevention among at-risk populations in Samrong Tajan Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province. The sample consisted of 48 participants, divided equally into an experimental group and a comparison group, with 24 participants in each. The experimental group comprised at-risk individuals from Samrong Tajan Subdistrict, while the comparison group comprised individuals from Hua Suea Subdistrict, both located in Khukhan District. The experimental group received a specifically developed intervention program over a 12-week period, whereas the comparison group received routine care. Data were collected using a structured questionnaire administered twice before and after the intervention between January 15 and April 15, 2025. Descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles, were used to describe the data. Paired t-tests were applied to compare within-group mean differences, and independent t-tests were used for between-group comparisons. A significance level of 0.05 was set for all statistical tests.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge about leptospirosis, attitudes toward prevention, perceived susceptibility, perceived severity,

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

perceived benefits of prevention, perceived barriers to prevention, and preventive behaviors compared to both their pre-intervention scores and the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Participation, Monitoring, Leptospirosis, At-risk population

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซีสเป็นโรคติดเชื้อที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เนื่องจากเคยเกิดขึ้นในอดีตและกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน โดยโรคนี้เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (Zoonotic Disease) ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง เชื้อเลปโตสไปราแพร่กระจายจากสัตว์หลายชนิด โดยอาการที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ (serovars) และปริมาณที่ได้รับ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือแสดงอาการในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่อาการเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิดสามารถเป็นแหล่งรังโรคของเชื้อเลปโตสไปราได้ เชื้อจะสะสมในไตและถูกขับออกทางปัสสาวะ ทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังคนและสัตว์อื่น ๆ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยได้แก่ ไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณน่อง ตาแดง และมีไข้ที่อาจเป็นระยะยาวสลับกับไข้ลด (biphasic fever)[1] นอกจากนี้ ยังพบอาการแทรกซ้อน เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ผื่นที่เพดานปาก (palatal exanthema) โลหิตจาง จุดเลือดออกที่ผิวหนังและเยื่อบุ ตับและไตวาย ดีซ่าน รวมถึงภาวะสับสน ซึมเศร้า หรือเพ้อจากเยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบ ในบางกรณี อาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอมีเสมหะปนเลือด (hemoptysis) เจ็บหน้าอก หรือปอดอักเสบแบบไม่จำเพาะเจาะจง (atypical pneumonia syndrome) และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เชื้อเลปโตสไปราทุกชนิดอาจทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบแบบปลอดเชื้อ (aseptic meningoencephalitis) โดยพบได้บ่อยในเชื้อ Canicola, Icterohaemorrhagiae และ Pomona[2]

ยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค มีมาตรการแผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 1) ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและระหว่างประเทศ ในการผลิตและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ กฎหมายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล 2) ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ ให้เครือข่ายและประชาชน 3) ผลักดัน และติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่จำเป็นต่อการปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพ 4) เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะคุกคามและภัยสุขภาพใหม่ ๆ ได้ทันการณ์ 5) พัฒนาและประเมินศักยภาพระบบ กลไกของเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ[3] การมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดจากโรคและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการและการให้ความรู้ในชุมชน ช่วยเพิ่มความเข้าใจและส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การป้องกันตนเองขณะทำงานในพื้นที่เสี่ยง การปรับปรุงสุขอนามัยส่วนบุคคล และการหลีกเลี่ยงแหล่งปนเปื้อนในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมยังสร้างความรับผิดชอบร่วมกันในชุมชน โดยกระตุ้นให้ประชาชน หน่วยงานสาธารณสุข และผู้นำชุมชนทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เช่น การกำจัดแหล่งน้ำที่ปนเปื้อน การรณรงค์ป้องกันโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การทำงานร่วมกันเหล่านี้ช่วยลดโอกาสในการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนของการ

ติดตามประเมินผล มีบทบาทในการวิเคราะห์ความสำเร็จของกิจกรรมที่ดำเนินการ และช่วยให้สามารถปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม การติดตามผลอย่างต่อเนื่องช่วยยืนยันว่าประชาชนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ได้จริง และส่งเสริมให้พฤติกรรมการป้องกันโรคกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของมยุรี สมิมะโรง[1] ศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า "SDK2SN Model" ซึ่งประกอบด้วยหกองค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การกำหนดโครงสร้างและนโยบาย (2) ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา (3) การสื่อสารและถ่ายทอดองค์ความรู้ (4) ระบบบริการรองรับสถานการณ์ (5) การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเอง และ (6) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ช่วยเพิ่มศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของระดับความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และทองคำ อินตะนัย[4] ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชน ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โรคเลปโตสไปโรซีสมีการระบาดหนักในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจากข้อมูลปี 2562 ถึงปี 2566 มีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 1,035, 468, 232, 1,164 และ 1,608 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรจะเท่ากับ 9.48, 4.31, 2.14, 10.80 และ 14.92 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2562 ถึงปี 2566 จำนวน 14, 5, 0, 18 และ 14 ราย ตามลำดับ[5] สถานการณ์โรคฉี่หนู (leptospirosis) ในจังหวัดศรีสะเกษยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข โดยในปี 2567 ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 3 เมษายน พบผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 56 ราย เป็นชาย 43 ราย และหญิง 13 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 48 ราย ส่วนที่เหลือประกอบอาชีพค้าขาย นักเรียน นักการเมืองท้องถิ่น และทหาร อาชีพละ 2 ราย เมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยในช่วง 5 ปีย้อนหลัง พบว่าโรคฉี่หนูมีการระบาดขึ้นลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยปี 2562 มีผู้ป่วย 158 ราย ลดลงเหลือ 79 รายในปี 2563 และ 24 รายในปี 2564 แต่กลับเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี 2565 เป็น 140 ราย และสูงสุดในปี 2566 ที่ 411 ราย สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งมีความเสี่ยงสูง และพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำซาก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคในระยะยาว[6] สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซีสในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าตำบลสำโรงตาเจ็นมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงที่สุดที่ 769.34 รองลงมาคือ ตำบลโสนที่ 431.00 และตำบลหัวเสือที่ 357.95 ซึ่งตำบลเหล่านี้ล้วนเป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่ประชากรมีโอกาสสัมผัสน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อเลปโตสไปราโดยตรง สำหรับตำบลสะเดาใหญ่และห้วยใต้ ซึ่งมีอัตราป่วยรองลงมา แสดงถึงแนวโน้มที่การแพร่ระบาดของโรคอาจเชื่อมโยงกับลักษณะทางภูมิศาสตร์และพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ แนวโน้มดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขอนามัย การปรับพฤติกรรมป้องกัน

และการจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง เพื่อควบคุมและลดการแพร่ระบาดในระยะยาว[7] ตำบลสำโรงตาเจ็นพบผู้ป่วย จำนวน 11 ราย มีอัตราป่วย 769.34 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยสูงที่สุดในอำเภอขุขันธ์[8] จากปัญหา ผลกระทบ และปัญหาการระบาดในพื้นที่ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับการไม่มีแนวทางและนวัตกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสที่ชัดเจนผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design ระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2568

ขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[9] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมที่มุ่งเน้นกิจกรรมการกระทำหรือการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลสำโรงตาเจ็น ที่มุ่งลดโอกาสในการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซีส (โรคฉี่หนู) ซึ่งรวมถึงการหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อโรคโดยตรง เช่น การใส่รองเท้าบู๊ทหรือถุงมือขณะทำงานในพื้นที่ชื้นแฉะ การกำจัดขยะหรือสิ่งปฏิกูลที่อาจเป็นแหล่งอาศัยของหนู การรักษาความสะอาดบริเวณบ้านและคอกสัตว์ การล้างมือและอาบน้ำให้สะอาดหลังทำงานกลางแจ้ง รวมทั้งการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. อย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมเหล่านี้สะท้อนถึงระดับการตระหนักรู้ ความรู้ และแรงจูงใจของประชาชนในการป้องกันตนเองจากโรคที่สามารถติดต่อผ่านทางปัสสาวะสัตว์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงตามบริบทของชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส จำนวน 15 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 ที่ตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส โดยใช้ KR-20 ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.789 ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.878 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.846 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.898 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.826 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส เท่ากับ 0.888 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ SPPH-007 ลงวันที่ 13 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 45.63 ปี (S.D. = 4.35 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 80.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

ร้อยละ 76.7 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรรม ร้อยละ 86.7 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 2,000 บาท : P_{75} = 10,000 บาท) และมีมัธยฐานของระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง 30.20 ปี (P_{25} = 1 ปี : P_{75} = 52 ปี) ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย 44.68 ปี (S.D. = 5.25 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 83.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรรม ร้อยละ 90.0 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 1,500 บาท : P_{75} = 15,000 บาท) และมีมัธยฐานของระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง 32.56 ปี (P_{25} = 1 ปี : P_{75} = 50 ปี) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value= 0.0003) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.87 คะแนน (95% CI=1.38-4.36)

3.2ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.37 คะแนน (95% CI = 2.74–4.01)

3.3ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.58 คะแนน (95% CI = 1.65-3.51)

3.4ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.29 คะแนน (95% CI = 1.34-3.24)

3.5ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.12 คะแนน (95% CI =1.89-4.35)

3.6ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส

แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.034) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.79 คะแนน (95% CI=0.13-3.44)

3.7ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.41 คะแนน (95% CI=2.01-4.82)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซีส ทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งส่งผลให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงกระบวนการให้ความรู้ที่มีการสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และกิจกรรมฝึกปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทจริงของชุมชน ทั้งยังมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับการสนับสนุนและเสริมแรงด้านพฤติกรรมตลอดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี สิมมะโรง[1] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า SDK2SN Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy 2) Data Center 3) Knowledge-based 4) Service system 5) Self-care และ 6) Networking ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มลรัตน์ ขนอม[10] ศึกษาการพัฒนารูปแบบแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แนวคิด 4E2C ซึ่งประกอบด้วยการค้นหาเร็ว วินิจฉัยเร็ว รักษาเร็ว และควบคุมเร็ว รวมกับการประสานงานและการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการวิจัยเชิงพัฒนา 3 ขั้นตอน พบว่า รูปแบบที่ได้คือ L-CARE Model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ C–Community awareness, A– Active surveillance, R– Rapid diagnosis & report, และ E–Effective coordination เมื่อนำไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอพรหมคีรีและบางขัน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ปราโมทย์ เกิดผล[11] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสในกลุ่มเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนตำบลนาหมื่นศรี อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ชโยมนต์ ดอกพอง และคณะ[12] ศึกษาสถานการณ์และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซีสที่โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า จากผู้ป่วยต้องสงสัยทั้งหมด 98 ราย มีการยืนยันว่าติดเชื้อเลปโตสไปโรซีส 51 ราย (ร้อยละ 52.04) โดยในจำนวนนี้ มีอาการรุนแรง 31 ราย (ร้อยละ 60.78) และไม่รุนแรง 20 ราย (ร้อยละ 39.22) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ไตวายเฉียบพลัน และค่า SGOT สูงกว่ากลุ่มไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วและแม่นยำ เพื่อให้การรักษาทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส จิตรานุช เขียวทิพย์[13] ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม” โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะอาด ศรีวิลัย[14] ได้ดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลโคกม่วง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี” โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมนาน 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทองคำ อินตะนัย[4] ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรขยายผลโปรแกรมไปยังพื้นที่อื่นที่มีความเสี่ยงคล้ายกัน โดยเฉพาะพื้นที่เกษตรกรรมหรือพื้นที่ที่มีสถิติการเกิดโรคเลปโตสไปโรซีสสูง เพื่อสร้างความรู้และเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในวงกว้าง

2. ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับงานประจำของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ อสม. หรือกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ควรมีสื่อที่เข้าใจง่าย เหมาะกับบริบทชุมชน เช่น แผ่นพับ ภาพโปสเตอร์ หรือวิดีโอสั้น ที่ใช้ภาษาท้องถิ่นและสื่อภาพประกอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร

4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และกลุ่มอาชีพ เพื่อสร้างความยั่งยืนและผลักดันให้การป้องกันโรคกลายเป็นวาระของชุมชน

5. ส่งเสริมให้มีการติดตามประเมินผลระยะยาว เพื่อให้สามารถตรวจสอบความต่อเนื่องของพฤติกรรมการป้องกันโรค และปรับปรุงแนวทางดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมาย เช่น ติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อดูว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นยังคงอยู่หรือไม่

2. ควรศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อท้องถิ่น หรือการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคและการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ

3. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น เช่น เพิ่มจำนวนหมู่บ้าน หรือเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่มีบริบทต่างกัน เพื่อศึกษาความแตกต่างและความเหมาะสมของโปรแกรมในแต่ละพื้นที่

4. ควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยผสานระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง ครอบคลุม และสะท้อนความเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. ควรศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของโปรแกรม: เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหากต้องการขยายผลในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. มยุรี สมิมะโรง. (2565). รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 1(1), 29-40.
2. เสาวพักตร์ ฮื้นจ้อย. (2557). โรคฉี่หนู: การจัดการและการป้องกันในชุมชนชนบท. วารสารสาธารณสุขไทย, 34(2), 123-130.
3. สำนักควบคุมโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซีสในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
4. ทองคำ อินตะนัย. (2567). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชน ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 725-732.
5. สำนักระบาดวิทยา. (2566). รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซีสในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานสถานการณ์โรคฉี่หนู (leptospirosis) จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2567. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์. (2567). รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซีสในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์.

8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรงตาเจ็น. (2567). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีสในตำบลสำโรงตาเจ็น อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรงตาเจ็น.

9.Lemeshow S, Hosmer D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons Inc; 1990.

10. มลรัตน์ ขนอม. (2568). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(2), 112-120.

11. ปราโมทย์ เกิดผล. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(6), 60–67.

12. ชโยมนต์ ดอกพอง, ปิยะดา สอนพูด, เจนจิรา ดินฮูเซ็น, ศศิภา เตชะบูรณ์, และณัฐชัย ศรีสวัสดิ์. (2567). สถานการณ์และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซีสที่โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2566. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(1), 91-100.

13. จิตรานุช เขียวทิพย์. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2), 522–533.

14. สะอาด ศรีวิลัย. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลโคกม่วง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขชุมชน, 7(1), 14–26.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

Evaluation of the Development of a Care System for Patients with Non-Communicable Diseases in Khao Phanom District, Krabi Province.

(Received: June 20,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 26,2025)

พิพัฒน์ พุทธโร[1]
Pipat Bhuddharo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการดูแล ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 คน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามการรับรู้และการปฏิบัติ แบบรายงานผลการประเมินคุณภาพคลินิก และแบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลมีลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีนโยบายชัดเจน โดยทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด มีการจัดบริการตามระดับความรุนแรงและการสนับสนุนการตัดสินใจผ่าน Line Application คะแนนประเมินคุณภาพคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 204.12 เป็น 225.01 ($p < .05$) การรับรู้และการปฏิบัติของบุคลากรดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลงจาก 142.43 เป็น 123.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, CIPP Model, เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This study aimed to evaluate the development of a care system for patients with non-communicable diseases in Khao Phanom District, Krabi Province, focusing on the context, input, process, and product dimensions, and to propose recommendations for improving the care system. Survey research by mixed-methods approach was employed, consisting of qualitative analysis through in-depth interviews and focus group discussions with 10 professional nurses and personnel responsible for non-communicable disease management, as well as quantitative analysis with 30 professional nurses working in non-communicable disease clinics. The research instruments included semi-structured interview guides, perception and practice questionnaires, clinic quality assessment reports, and patient outcome records. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The study findings revealed that the care system operated as a health service network with clear policies, with human resources being the most critical factor. Services were organized according to disease severity levels, and decision support was provided through the Line Application. Clinic quality assessment scores increased significantly from 204.12 to 225.01 ($p < .05$). Personnel perception and practice improved significantly ($p < .05$). Blood glucose levels in diabetic patients decreased from 142.43 to 123.20 mg/dL, and blood pressure in hypertensive patients improved significantly.

Keywords: Non-communicable diseases, CIPP Model, health service network

---

[1] โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 74 ของประชากรโลก คิดเป็น 41 ล้านคนต่อปี โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวานเป็นโรคหลัก[1] ประเทศไทยแม้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การควบคุมโรค NCDs ไม่มีประสิทธิภาพ อัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงลดลงจาก 60.4% (พ.ศ. 2557) เหลือ 47.4% (พ.ศ. 2562-2563)[2] ส่วนโรคเบาหวานมีอัตราการควบคุม HbA1c <7% คงที่ที่ 35.6% ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561[3] การศึกษาระบาดวิทยาพบว่า 74.4% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ต้องมีการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ มีประชากร 54,847 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 1,289 ราย (อัตราความชุก 23.5 ต่อ 1,000 ประชากร) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4,921 ราย (อัตราความชุก 89.7 ต่อ 1,000 ประชากร) โดยมีอัตราการควบคุมโรคเบาหวาน 42.3% และความดันโลหิตสูง 51.2% ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (60% และ 70% ตามลำดับ)[4]

Context, Input, Process, Product (CIPP) Model ของ Daniel Stufflebeam เป็นกรอบทฤษฎีการประเมินโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับในแวดวงวิชาการมากว่า 50 ปี โดยประกอบด้วยการประเมิน 4 มิติ คือ บริบท (Context) เพื่อระบุความต้องการและปัญหา ปัจจัยนำเข้า (Input) เพื่อประเมินทรัพยากรและกลยุทธ์ กระบวนการ (Process) เพื่อติดตามการดำเนินงาน และผลผลิต (Product) เพื่อประเมินผลลัพธ์[5] การประยุกต์ใช้ CIPP Model ในการประเมิน " Collaborative Diabetic Management in Community Setting" พบประสิทธิผลสูงในการประเมินการจัดการเบาหวานชุมชนทุกมิติ[6] การทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบ 36 บทความ (พ.ศ. 2543-2562) ใน Sultan Qaboos University Medical Journal สนับสนุนประสิทธิภาพของ CIPP Model ในการประเมินโปรแกรม NCDs โดยเฉพาะการประเมินความต้องการชุมชน การฝึกอบรมบุคลากร การติดตามการปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์[7] การใช้ Mixed Methods ร่วมกับ CIPP Model ในการประเมินหลักสูตรทางการแพทย์แสดงประสิทธิผลสูง โดย Sequential Explanatory Design ช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์ที่อธิบายผลเชิงปริมาณได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น[8]

ระบบประเมินผลในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ เช่น Health Technology Assessment (HTA) Balanced Scorecard และ Thai Quality and Outcomes Framework (Thai QOF) แต่ยังขาดการประเมินโปรแกรม NCDs แบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติตาม CIPP Model โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ใช้ตัวชี้วัดเฉพาะด้าน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก โดยขาดการประเมินปัจจัยบริบทและกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ[9] การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินโปรแกรม NCDs ในประเทศไทยส่วนใหญ่ดำเนินการในเขตเมืองหรือโรงพยาบาลตติยภูมิ ยังขาดการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ระบบ NCD Clinic Plus ที่กรมควบคุมโรคพัฒนาเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย NCDs ยังไม่มีการประเมินด้วย CIPP Model อย่างครอบคลุม อำเภอเขาพนมมีลักษณะภูมิประเทศเป็นเขตภูเขาและห่างไกล ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ประกอบกับประชากรร้อยละ 68.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ไม่คงที่ จึงเป็นความท้าทายสำคัญในการดูแลต่อเนื่อง[10]

การศึกษานี้นำ CIPP Model มาประยุกต์ใช้ในการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกลอย่างครอบคลุม ผลการวิจัยจะเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการปรับปรุงระบบการดูแล สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายนโยบาย "คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ" และเป็น

แนวทางสำหรับการขยายผลในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

2. เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis) รายละเอียดดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม จากโรงพยาบาลเขาพนม จำนวน 2 คน และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน

1.2 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการดำเนินงานการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้แก่ 1) ด้านบริบท ได้แก่ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนม 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ปัจจัยสิ่งที่ส่งผลต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ 3) ด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม และ 4) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ การประเมินผลการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่รดำเนินงานการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI/Ave) เท่ากับ .84

1.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสัมภาษณ์สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 10 ราย โดยใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที ทั้งนี้จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว ทำการสัมภาษณ์รายบุคคล ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปเสียงและเหตุการณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์รายบุคคล

2) การการสนทนากลุ่ม (Focus Group) 10 ราย โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที ทั้งนี้จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว ทำการอภิปรายกลุ่ม ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม ตามแนวประเด็นคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการจัดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เป็นคำถามกว้างๆ ปรับคำถาม และลำดับข้อตามสถานการณ์

1.4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การจัดเตรียมข้อมูล 2) ทบทวนคำถามการวิจัย 3) การบันทึกข้อมูลโดยลงรหัสข้อมูล จำแนกประเภทและจัดหมวดหมู่ และ 4) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล (Power & Hubbard, 1999)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data analysis)

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ ระหว่างปี 2566 – 2567 จำนวน

30 คน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลและหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม อย่างน้อย 1 ปี รวมทั้งศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิผลการประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD Clinic Plus และร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดีในปีงบประมาณ 2566 – 2567 จากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 7 แห่ง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยมีคะแนนระหว่าง 25-125 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) โดยมีคะแนนระหว่าง 25-125 คะแนน

2) แบบรายงานผลการประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 6 องค์ประกอบตามคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD Clinic Plus (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2568) ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย จำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ จำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ และองค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 25 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ซึ่งเป็นผลการประเมินจากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 โดยคิดคะแนนรวมรายด้านแล้วนำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย

3) แบบบันทึกผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ยจากทุกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนม จำนวน 7 แห่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI/Ave) ของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ .87 และแบบสอบถามการปฏิบัติตาม

กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เท่ากับ .94 นำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมแจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาพนม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. คัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วม การวิจัยครั้งนี้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตนเอง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงานผลการประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบบันทึกผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนม จำนวน 7 แห่ง ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยสถิติ ชี้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างปีงบประมาณ 2566 และ 2567

3. วิเคราะห์การรับรู้และการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาด้วยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้รับการรับรองคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการเลขที่ SCPHYLIRB-2568/202 วันที่รับรอง 29 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

1.1 ด้านบริบท

1) การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกมีลักษณะเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ดังต่อไปนี้

“โรงพยาบาลเขาพนมมีลักษณะเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมขนตามศักยภาพของสถานบริการ และได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลกระบี่อย่างต่อเนื่อง”

2) มีนโยบายการจัดการโรคเรื้อรังของเครือข่ายอย่างชัดเจน ““มีการจัดทำนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกอย่างชัดเจน โดยเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนมที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง”

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรังในคลินิกที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“ดำเนินการจัดเตรียมบุคลากรโดยการเผยแพร่นโยบายและแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในคลินิก การอบรมทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และการอบรมและฝึกทักษะในการ จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้กับพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มี อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมขน”

1.3 ด้านกระบวนการ

1.3.1 ดำเนินการการจัดบริการภายในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ตามระดับความรุนแรงของโรค “การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกจัดบริการตามระดับความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจะได้รับบริการในโรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุข”

1.3.2 การสนับสนุนการตัดสินใจในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาพนม โดยจัดทำแนวทางการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการให้คำปรึกษา อาทิ “คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาพนม จัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับโรงพยาบาลพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง และจัดช่องทางการปรึกษารายกรณีผ่านการสื่อสารทาง Line Application” รวมทั้งสนับสนุนประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดทำคู่มือเบาหวานและความดันโลหิตสูง การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

1.4 ด้านผลลัพธ์

1) มีการประเมินผลการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก อาทิ “เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ประกอบด้วย คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 แห่ง ได้รับการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง” (Nur01: สัมภาษณ์)

2) มีรูปแบบการประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ “แบบประเมินการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใช้แบบประเมินของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ในการติดตามผลการดำเนินการและวิเคราะห์ข้อมูลของสถานบริการแต่ละแห่ง” (Nur17: การสัมภาษณ์)

2. ผลการวิจัยเชิงปริมาณในการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง เครือข่าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ (26 คน) อายุระหว่าง 30 – 40 ปี ร้อยละ (20 คน) อายุน้อยที่สุด คือ 26 ปี และอายุมากที่สุด 52 ปี (M = 36.00, SD = 7.70) การศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.30 (24 คน)และอบรมหลักสูตรผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90.00 (28 คน) และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 10-15 ปี ร้อยละ 73.30 (23 คน)โดย ประสบการณ์ที่น้อย

ที่สุด 2 ปี และประสบการณ์มากที่สุด คือ 25 ปี (*M* = 14.16, *SD* = 4.26)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ก่อนการดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2566 (*M* = 104.25, *SD* = 10.16) และหลังดำเนินการในปีงบประมาณ 2567 (*M* = 116.24, *SD* = 10.32) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ก่อนการดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2566 (*M* = 101.25, *SD* = 11.13) และหลังดำเนินการในปีงบประมาณ 2567 (*M* = 118.51, *SD* = 9.58) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t* = -4.12, -4.24, *p* < .05) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับ กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนมก่อนและหลังดำเนินการ (n = 30)

รายการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	M	SD.	M	SD.		
การรับรู้กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	104.25	10.16	116.24	10.32	3.206	.003
การปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	101.25	11.13	118.51	9.58	4.552	.000

2.3 ผลการประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวม หลังการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2567 (*M* = 225.01, *SD* = 18.71) ซึ่งสูงกว่าก่อนการดำเนินการในงบประมาณ 2566 (*M* = 204.12, *SD* = 24.45) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สูงกว่าก่อนการดำเนินการในทุกด้าน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ของคะแนนผลการประเมินคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ก่อนและหลังดำเนินการโดยรวมปละรายด้าน (n = 9)

รายการ	คะแนนเต็ม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
		M	SD.	M	SD.		
ทิศทางและนโยบาย	30	21.12	2.32	24.51	2.14	2.482	.032
ระบบสารสนเทศ	45	34.15	5.61	40.54	4.36	2.421	.035
การปรับระบบและกระบวนการบริการ	60	51.26	4.51	56.32	3.21	2.238	.049
ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง	40	30.17	5.24	38.19	4.14	2.868	.016
ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ	25	19.26	3.16	23.14	2.35	2.413	.036
การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	50	42.16	3.61	46.31	2.51	2.311	.043
โดยรวม	250	198.12	24.45	229.01	18.71	2.457	.033

2.4 ด้านผลลัพธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม พบว่า หลังการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 123.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (*SD* = 12.20) ซึ่งต่ำว่าก่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 142.43 มิลลิกรัม/เดซิลิตร *SD* = 14.36) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี พบว่า หลังการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคเท่ากับ 133.21 มิลลิตรเมตร ปรอท (SD=6.59) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคเท่ากับ 89.36 มิลลิเมตร ปรอท (SD=5.98) ซึ่งต่ำกว่าก่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคเท่ากับ 142.93 มิลลิตรเมตร ปรอท (SD=8.21) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิคในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 97.12 มิลลิเมตร ปรอท (SD=6.32) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ของร้อยละระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม

รายการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	M	SD.	M	SD.		
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน	142.43	14.36	123.20	12.20	12.850	.000
ความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันดลหิตสูง						
- ความดันโลหิตซิสโตลิค	142.93	8.21	133.21	6.59	13.360	.000
- ความดันโลหิตไดแอสโตลิค	97.12	6.32	89.36	5.98	11.214	.000

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ตามแนวคิดทางการประเมิน CIPP Model[5] สามารถอภิปรายผลตามรายด้าน ดังนี้

1. ด้านบริบท (Context) ผลการศึกษาพบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกมีลักษณะเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชนตามศักยภาพของสถานบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของกศิมา และอรพิน[11] ที่พบว่าควรมีนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจนครอบคลุมทั้ง 4 มิติ สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทุกภาคส่วน การมีนโยบายการจัดการโรคเรื้อรังของเครือข่ายอย่างชัดเจนที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารมณ์ ร่มเย็น[12] ที่พบว่าการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ช่วยให้มีการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วย NCDs ผ่าน 7 กลไก โดยพบว่าระดับความร่วมมืออยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.59 จาก 5)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรังในคลินิกที่สำคัญที่สุดคือทรัพยากรบุคคล โดยมีการดำเนินการจัดเตรียมบุคลากรผ่านการเผยแพร่นโยบายและแผนการจัดการ การอบรมทางวิชาการ และการฝึก

ทักษะในการจัดบริการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของยงยศ และคณะ[13] ที่พบว่าร้อยละ 84.8 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแล และร้อยละ 94.4 มีความพร้อมด้านยา/อุปกรณ์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของยงยศ และคณะ[11] ยังพบว่าเจ้าหน้าที่จำนวนมากยังมีความรู้ระดับต่ำเกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวาน/ความดัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษานี้ที่มีการจัดอบรมและพัฒนาทักษะให้กับบุคลากรเป็นระบบ

3. ด้านกระบวนการ (Process)

การศึกษาพบว่ามีการดำเนินการจัดบริการภายในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ตามระดับความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจะได้รับบริการในโรงพยาบาลเขาพนม ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนจะได้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุข กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของราม รังสินธุ์ และคณะ[14] ที่พบว่าเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน (WinCare) เป็นนวัตกรรมบริการที่สามารถเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้อาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมและมีศักยภาพในการเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชน การสนับสนุนการตัดสินใจในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยจัดทำแนวทางการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางการสื่อสารทาง Line Application เป็นนวัตกรรมที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราลี วงศ์ศรีชา และวรรณ์นิภา แสนสุภา[15] ที่พบว่าการใช้ระบบข้อมูล HosXp เต็มระบบและการจัดระบบนัดที่ชัดเจนช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

4. ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมหลังการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2567 (M = 225.01, SD = 18.71) สูงกว่าก่อนการดำเนินการในปีงบประมาณ 2566 (M = 204.12, SD = 24.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกศิมา และอรพิน[11] ที่พบว่าคะแนนประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมหลังการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 (M = 222.40, SD = 20.50) สูงกว่าก่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563 (M = 207.10, SD = 22.70) การรับรู้และการปฏิบัติในการพัฒนาก่อนและหลังการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.12$, $p < .05$; $t = -4.24$, $p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอ้างอิงที่พบผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน ($t = -4.12$, $p = .003$; $t = -4.24$, $p = .003$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากร

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังการดำเนินงาน (123.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, SD = 12.20) ต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (142.43 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, SD = 14.36) อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ และคณะ[15] ที่ใช้รูปแบบ Sam Ngam SERVICES พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean = 4.06, SD = 0.736) และมีการติดตามผลงานของทีมดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิคหลังการดำเนินงาน (133.21 มิลลิเมตรปรอท, SD = 6.59) และไดแอสโตลิค (89.36 มิลลิเมตรปรอท, SD = 5.98) ต่ำกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของราม รังสินธุ์ และคณะ[14] ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก WinCare มีระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic

Blood Pressure) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินผลการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกพบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และใช้แบบประเมินของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบในการติดตามผลการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และคณะ[17] ที่พบว่าการจัดตั้งศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วย 96 คน สามารถควบคุมโรคได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ CIPP Model ในการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและมีคุณค่าสำหรับการพัฒนาระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวนุช สัตยสมบูรณ์[18] ที่พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model - CCM) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support - SMS) มีผลดีต่อการควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลหลักและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ห่างไกลเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จิววิจิตต์[19] ที่ใช้หลัก Community Empowerment พัฒนาระบบโดยให้ชุมชน 6 หมู่บ้านเข้ามาร่วม ผลลัพธ์คือไม่มีผู้ป่วยขาดยาและขาดนัด (100%) และผู้ป่วยทุกคนได้รับการติดตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 นำแนวทางการประเมินด้วย CIPP Model ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

1.2 ขยายการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ พัฒนาระบบ telemedicine และระบบติดตามผู้ป่วยแบบออนไลน์เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล

1.3 จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างระบบพี่เลี้ยง (mentoring system)

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของ CIPP Model กับแนวทางการประเมินอื่นๆ เช่น Logic Model หรือ Balanced Scorecard เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุด

2.2 ติดตามศึกษาผลกระทบของการพัฒนาระบบในระยะยาว (3-5 ปี) และวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (cost-benefit analysis) ของการพัฒนาระบบ

2.3 ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัวในระบบการดูแล โดยใช้แนวทางการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาโมเดลการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2024.
2. Bundhamcharoen K, et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. BMC Public Health. 2024;24:3159.
3. Pongprasobchai S, et al. National trends in the prevalence of glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving continuous care in Thailand from 2011 to 2018. Sci Rep. 2021;11:14260.

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขาพนม ประจำปี 2567. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม; 2567.
5. Stufflebeam DL, Coryn CLS. Evaluation theory, models, and applications. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2014.
6. Leesri S, et al. CIPP Model Evaluation of a Collaborative Diabetic Management in Community Setting. Glob J Med Clin Case Rep. 2016;3(4):054-061.
7. Ghahramani S, et al. Identification of Remarkable Dimensions in Management and Evaluation of Non-Communicable Disease Programmes: A systematic review and meta-synthesis. Sultan Qaboos Univ Med J. 2021;21(3):e347-e357.
8. Chanthalangsy P, et al. Program evaluation of postgraduate obstetrics and gynecology training in Lao people's democratic republic - using the CIPP model. BMC Med Educ. 2024;24:42.
9. Tangcharoensathien V, et al. Health systems performance assessment: Debate, methods and empirical evidence. Geneva: World Health Organization; 2019.
10. สำนักงานสถิติจังหวัดกระบี่. รายงานสถิติประชากรและสังคม อำเภอเขาพนม พ.ศ. 2567. กระบี่: สำนักงานสถิติจังหวัดกระบี่; 2567.
11. กศิมา สง่ารัตนพิมาน, อรพิน ภัทรกรสกุล. การประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2565;5(1):43-58.
12. อารมณ์ ร่มเย็น. ผลของการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):301-14.
13. ยงยศ ธรรมวุฒิ, สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล, สมพร เนติรัฐการ, อัจฉรา เนตรศิริ. การประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(3):450-9.
14. ราม รังสินธุ์, มฑิรุทธ มุ่งถิ่น, ปนัดดา หัตถโชติ, บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์, ยุภาพร ศรีจันทร์. การพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้นวัตกรรมเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 16]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5237/hs2576.pdf
15. วราลี วงศ์ศรีชา, วรรณ์นิภา แสนสุภา. การพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) คุณภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. นครพนม: โรงพยาบาลนาแก; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิ.ย. 19]. เข้าถึงได้จาก: https://mednacea.ict.mahidol.ac.th/project/2563000410
16. สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์, นิรัชชา ลิลละฮ์กุล, เจษฎากร โนอินทร์. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. วารสารสุขภาพ. 2022;31(6):1061-70.
17. พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, ชูสง่า สีสัน, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, รชานนท์ ง่วนใจรัก, ละม่อม กล้าหาญ. การพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. วารสารควบคุมโรค. 2567;50(2):245-55.
18. ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, ยุวนุช สัตยสมบูรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(2):232-43.
19. สุพัตรา จิววิจิตต์. การพัฒนาระบบให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยใช้ Community Empowerment ปี 2566 (ตุลาคม 2565 - เมษายน 2566) [อินเทอร์เน็ต]. ตาก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่กื๊ดหลวงศิริกัญไชย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิ.ย. 19]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000001085-0000001101.pdf

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of Community-Based Drug Addiction Treatment Program (CBTx) Yangtalat Hospital, Kalasin Province.

(Received: June 20,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 26,2025)

เยาวภา ขาววิเศษ[1]
Yaowapa Khaowises[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรม ศึกษาประสิทธิผล และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงมิถุนายน 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด ตัวแทนชุมชน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น จำนวน 34 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบประเมินพฤติกรรมการเสพยาเสพติด (ASI) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (CFI) แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (SOCRATES) และแบบบันทึกการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาณในการทดสอบก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test และ McNemar's test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการเสพยาเสพติดลดลงเป็นระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นเป็นระดับดี ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง การใช้สารเสพติดลดลงเป็นระดับต่ำ (6.42±3.15 วัน/เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.42, 6.21, 4.56, 5.23, 6.42 ตามลำดับ) ผลการตรวจปัสสาวะพบว่ามีผู้ป่วยที่หยุดเสพสารเสพติดได้ร้อยละ 63.33 และมีการกลับไปเสพซ้ำเพียงร้อยละ 6.67 (McNemar's χ^2 = 13.78)
คำสำคัญ: การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด, การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx), การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

Abstract

This study employed Participatory Action Research methodology to develop a Community-Based Drug Addiction Treatment Program (CBTx) through participatory action research processes involving stakeholders in the community, examine the effectiveness of the program on drug use behavior, quality of life, family functioning, readiness to change behavior, and abstinence rates, as well as study success factors and obstacles in program implementation. The study was conducted at Yangtalat Hospital, Kalasin Province, from January 2025 to June 2025, spanning 6 months. The qualitative sample comprised 34 participants including families of drug addicts, community representatives, and local officials. The quantitative sample included 30 drug addicts in community. Research instruments included semi-structured interview forms, participation assessment forms, Addiction Severity Index), World Health Organization Quality of Life, Chulalongkorn Family Inventory, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, and urine drug screening record forms. Data analysis employed descriptive statistics, inferential statistics using paired t-tests for pre-post program evaluation, McNemar's test, and content analysis for qualitative data.

Results revealed that program effectiveness demonstrated that drug use behavior decreased to moderate level, quality of life improved to good level (78.56±7.12), family functioning improved to good level, readiness to change behavior increased to high level, and substance use decreased to low level (6.42±3.15 days/month) with

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

statistical significance at .05 level (t = 7.42, 6.21, 4.56, 5.23, 6.42, respectively). Urine drug screening results showed that 63.33% of patients achieved abstinence while only 6.67% relapsed (McNemar's χ^2 = 13.78, p < 0.001).
Keywords: Drug addiction treatment, Community-Based Treatment (CBTx), Network partnership participation

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพสาธารณะระดับโลกที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของประชากร องค์การสหประชาชาติรายงานว่าผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 296 ล้านคน โดยยาเสพติดสังเคราะห์ประเภทแอมเฟตามีนมีการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาในสถานพยาบาลมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงบริการ ความยั่งยืนของการรักษา และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) จึงได้รับการยอมรับระดับสากลว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา[2]

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในประเทศไทยระหว่างปี 2565-2567 ยังคงรุนแรงและซับซ้อน โดยยาบ้าและไอซ์เป็นสารเสพติดที่พบมากที่สุด ปี 2565 มีการจับกุมผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด 198,203 คดี พร้อมของกลางสำคัญ ยาบ้า 331 ล้านเม็ด และไอซ์ 6,459 กิโลกรัม มีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 25,984 ราย และผู้เสพที่มีอาการทางจิต 3,951 ราย[3] การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนพบว่าร้อยละ 29.40 ของผู้ตอบแบบสำรวจระบุว่าปัญหายาเสพติดในพื้นที่เพิ่มขึ้น[4] ผลการวิจัยในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าการบำบัดรักษาแบบดั้งเดิมยังพบปัญหาการขาดความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม การขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และอัตราการกลับไปเสพซ้ำที่สูง[5,6]

การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นแนวทางการบำบัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการบำบัดและฟื้นฟู โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนเป็นหลัก งานวิจัยของมณฑา ลิ้มทองกุล และคณะ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีอัตราการเข้าร่วมการบำบัดจนครบโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 82.50 เทียบกับร้อยละ 61.70) และมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำที่ 6 เดือนต่ำกว่า (ร้อยละ 18.30 เทียบกับร้อยละ 36.70)[7] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบำบัดตามโปรแกรม CBTx ได้แก่ ระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และความเข้มข้นของการติดตามดูแลหลังการบำบัด[8]

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัด เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงถึงความสามารถของโปรแกรมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อผู้เข้าร่วม ซึ่งสามารถวัดได้จากหลายมิติ ได้แก่ การลดลงของพฤติกรรมการเสพ การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต การปรับปรุงการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม งานวิจัยของนงลักษณ์ พรมจันทร์ และคณะ พบว่าโปรแกรมการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับแนวคิดสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้เข้าร่วมมีคะแนนแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยา และคุณภาพชีวิตสูงขึ้น และมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำที่ 3 เดือนต่ำกว่า (ร้อยละ 16.70 เทียบกับร้อยละ 40.00)[9] การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)[10] เป็นรูปแบบการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการของ CBTx ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และช่วยให้ได้รูปแบบการบำบัดที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง การใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนประสบความสำเร็จเมื่อมีการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและการลดการตีตราทางสังคม[11]

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในอำเภอยาง

ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ชุมชนต้องการแก้ไข จากการตรวจคัดกรองตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในประชาชนอายุ 15-65 ปี พบผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและยินยอมเข้ารับการบำบัด จำนวน 20 คน ประกอบกับนโยบายอำเภอทำโครงการชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) โดยมีการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน โรงพยาบาล และหน่วยงานสาธารณสุข[12] อย่างไรก็ตาม ยังคงพบปัญหาในกระบวนการบำบัดรักษา ได้แก่ การขาดความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ความกลัวการตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ การขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการกลับไปเสพซ้ำ

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว แม้ว่าโรงพยาบาลยางตลาดได้ประยุกต์แนวคิด CBTx ร่วมกับ Matrix Program แต่ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนี้อย่างเป็นระบบในบริบทของชุมชนในอำเภอยางตลาด การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นได้ การวิจัยนี้จะสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน และเป็นต้นแบบการบำบัดที่ยั่งยืนสำหรับพื้นที่ตามบริบทต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่ออัตราการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง อัตราการหยุดเสพ และอัตราการกลับไปเสพซ้ำ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานตามโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx)

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มกราคม 2568 ถึง มิถุนายน 2568 รวมระยะ 6 เดือน ได้ทำการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โดยการทบทวนข้อมูลและการวางแผนดำเนินการอบรมทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ทบทวนองค์ความรู้การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพ ศึกษาปัญหาการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ดำเนินการคืนข้อมูล ผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ ความพึงพอใจ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาจนให้เกิดเป็นโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด ตัวแทนชุมชน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น จำนวน 55 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ใช้กลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด ตัวแทนชุมชน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น จำนวน 34 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เชิงปริมาณ ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ชุมชน 2 ตำบล จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยยาเสพติดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) กำหนดขนาด

ตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบก่อน-หลังการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 9 ชุด ดังต่อไปนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการเสพยาเสพติดฉบับภาษาไทย (Addiction Severity Index: ASI) จำนวน 6 ด้าน ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 25 ข้อ ชุดที่ 4 แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (SOCRATES) ฉบับภาษาไทย จำนวน 19 ข้อ ชุดที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) จำนวน 36 ข้อ ชุดที่ 6 แบบบันทึกการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติด ชุดที่ 7 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 9 ข้อ ชุดที่ 8 แบบประเมินการมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ ชุดที่ 9 แบบประเมินความพึงพอใจการบำบัดผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมการเสพยาเสพติด คุณภาพชีวิต ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การทำหน้าที่ของครอบครัว การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการเสพยาเสพติด คุณภาพชีวิต ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การทำหน้าที่ของครอบครัว และการใช้สารเสพติด ก่อนหลังพัฒนาโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติด โดยเปรียบเทียบสัดส่วนผลบวกและผลลบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ McNemar's χ^2 test

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรม

5. วิเคราะห์กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการสังเคราะห์ข้อมูลจากการบันทึกการประชุม การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลในแต่ละวงรอบของการวิจัย เพื่อระบุการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาของโปรแกรมตลอดระยะเวลาการศึกษา

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชน โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

เชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ระดมสมอง พบว่า ปัจจุบันปัญหายาเสพติดในชุมชนที่เป็นปัญหามีความซับซ้อน เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การแพร่ระบาดของสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน และการขาดระบบการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ครอบครัว และสังคม ประกอบกับได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและสื่อออนไลน์ต่างๆ อีก

ทั้งการให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติดยังไม่เป็นระบบและไม่มีความต่อเนื่อง พ่อแม่ผู้ปกครองมองปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องที่น่าอายและไม่ควรพูดถึง ปล่อยให้ผู้เสพแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การเข้าถึงบริการบำบัดยังมีข้อจำกัด ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบกับการตีตราทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเข้ารับการบำบัด มีพฤติกรรมซ่อนเร้นการเสพ และมีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำสูง ปัจจุบันการแก้ไขปัญหายาเสพติดในอำเภอยางตลาด ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย ทั้งจากหน่วยงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จึงควรมีการแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวในอำเภอยางตลาดได้รับการดูแลที่เป็นมิตร เข้าถึงบริการการบำบัดทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมทั่วถึง ลดการตีตราทางสังคม และสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน เพื่อให้อุบัติการณ์การกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอยางตลาดลดลง

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 30 คน ส่วนมากมีอายุ 26-35 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา 18-25 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และ 36-45 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 ตามลำดับ (Mean±SD=32.45±8.73 ปี) เพศส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 25 คน ร้อยละ 83.33 และเพศหญิง จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 อาชีพส่วนมากเป็นเกษตรกร จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.67 รองลงมารับจ้าง จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.00 และค้าขาย จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 สถานภาพสมรสส่วนมากเป็นโสด จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมาแต่งงาน/อยู่ด้วยกัน จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.00 และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 3 คน ร้อยละ 10.00 สถานที่พักอาศัยปัจจุบันส่วนมากพักอาศัยกับบิดามารดา จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมาพักอาศัยกับคู่สมรส/คู่รัก จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และพักอาศัยกับบุตร จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 ประเภทสารเสพติดหลักที่ใช้ส่วนมากเป็นยาบ้า จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.33 รองลงมาไอซ์ จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 และกัญชา จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.67 ระยะเวลาการเสพส่วนมาก 1-3 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา 4-6 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.00 และ 7-10 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ (Mean±SD=4.23±3.12 ปี)

2) กระบวนการพัฒนาประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 7 กิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) การประชาคมหมู่บ้าน 2) ตรวจคัดกรองประชาชนตามกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ 3) ซักประวัติคัดกรองผู้ที่มีผลปัสสาวะเป็นบวกโดยใช้แบบประเมินสารเสพติดร่วมกับแบบประเมินทางจิตเพื่อคัดผู้มีปัญหาสุขภาพจิตออก 4) ทำข้อตกลงกับชุมชนในการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัด 5) มีกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดทุกวันพฤหัสร่วมกับภาคีเครือข่าย 6) ให้ความรู้ถึงโทษ พิษภัย ผลกระทบที่ตามมาอย่างต่อเนื่อง 7) ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดทุกอาทิตย์โดย อสม. มีการลงทะเบียนลงผลการติดตาม ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีดังต่อไปนี้

2.1) พฤติกรรมการเสพยาเสพติด (ASI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า พฤติกรรมการเสพยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ย 18.45 คะแนน (S.D. 3.21) อยู่ในระดับสูง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมการเสพยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ย 11.23 คะแนน (S.D. 2.87) อยู่ในระดับปานกลาง จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับพฤติกรรมการเสพยาเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=7.42

2.2) คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ย 67.32 คะแนน (S.D. 8.45) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ย 78.56 คะแนน (S.D. 7.12) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.21

2.3) การทำหน้าที่ของครอบครัว (CFI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ย 112.34 คะแนน (S.D. 12.67) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ย 135.78 คะแนน (S.D. 11.23) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=4.56

2.4) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (SOCRATES) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 89.23 คะแนน (S.D. 10.45) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 105.67 คะแนน (S.D. 9.12) อยู่ในระดับสูง จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=5.23

2.5) การใช้สารเสพติด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การใช้สารเสพติดมีค่าเฉลี่ย 18.75 วัน/เดือน (S.D. 4.32) อยู่ในระดับสูง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การใช้สารเสพติดมีค่าเฉลี่ย 6.42 วัน/เดือน (S.D. 3.15) อยู่ในระดับต่ำ จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับการใช้สารเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.42 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ พฤติกรรมการเสพยาเสพติด คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ของครอบครัว ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อน-หลัง โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. พฤติกรรมการเสพยาเสพติด (ASI)	18.45	3.21	สูง	11.23	2.87	ปานกลาง	7.42	<0.001*
2. คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)	67.32	8.45	ปานกลาง	78.56	7.12	ดี	6.21	<0.001*
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว (CFI)	112.34	12.67	ปานกลาง	135.78	11.23	ดี	4.56	<0.001*
4. ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (SOCRATES)	89.23	10.45	ปานกลาง	105.67	9.12	สูง	5.23	<0.001*
5. การใช้สารเสพติด (จำนวนวัน/เดือน)	18.75	4.32	สูง	6.42	3.15	ต่ำ	6.42	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

2.6) ผลการวิเคราะห์การตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBTx พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ที่ตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ (ผลบวก) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และมีผลการตรวจเป็นลบ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBTx พบว่า มีผู้ที่ยังคงตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ (ผลบวก) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีผลการตรวจเป็นลบ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจ พบว่า มีผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงจากผลบวกเป็นผลลบ (หยุดเสพสารเสพติด) จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 ซึ่งเป็นกลุ่มที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพสารเสพติดได้ มีผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงจากผลลบเป็นผลบวก (กลับไปเสพซ้ำ) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 จากการทดสอบทางสถิติด้วย McNemar's test พบว่า สัดส่วนของผลการตรวจ

ปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBTx มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (McNemar's $\chi^2 = 13.78$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBTx (n=30)

ช่วงเวลา	ผลการตรวจ				χ^2	p-value
	บวก		ลบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนโปรแกรม	27	90.00	3	10.00	13.78	< .001*
หลังโปรแกรม	10	33.33	20	66.67		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานตามโปรแกรม CBTx

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรม CBTx ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งและความมุ่งมั่นของผู้นำชุมชนในการสนับสนุนโครงการอย่างต่อเนื่อง 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุกระดับ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วย 3) การบูรณาการระบบการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบวงจร 4) การลดการตีตราทางสังคมผ่านการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในชุมชน และ 5) ความยืดหยุ่นของโปรแกรมที่สามารถปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน สำหรับอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยบางราย ความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัวและการเปิดเผยสถานะการเสพ การขาดทรัพยากรและงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมบางประเภท และความท้าทายในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่มีวัฒนธรรมการทำงานแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำเร็จมีน้ำหนักมากกว่าอุปสรรค ทำให้โปรแกรมสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับจากชุมชนอย่างกว้างขวาง

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในชุมชนบ้านหนองบัวหน่วย อำเภอยางตลาด เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การแพร่ระบาดของสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนและการขาดระบบการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ปัญหาการตีตราทางสังคมและการขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเข้ารับการบำบัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวรรณา บัวเจริญ และคณะ[6] ที่พบว่าการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการบำบัดผู้ติดยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ อาชีพเกษตรกรและรับจ้าง ใช้ยาบ้าเป็นหลัก ระยะเวลาการเสพ 1-3 ปี ซึ่งสะท้อนลักษณะการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่ชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับ อรทัย วาจาสัตย์ และคณะ[8] ที่ศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประชาคมหมู่บ้าน การตรวจคัดกรองด้วยแถบตรวจปัสสาวะ การซักประวัติและคัดกรอง การทำข้อตกลงกับชุมชน การจัดกิจกรรมบำบัดทุกสัปดาห์ การให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และการตรวจติดตามโดยอสม. กระบวนการนี้เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนและการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพกับชุมชน สอดคล้องกับจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ[5] ที่พัฒนา

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือ และสอดคล้องกับพัฒนพงศ์ คชเสนี และคณะ[11] ที่เน้นการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับหลักวิชาการ ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการปรับปรุงในทุกตัวแปรที่วัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการเสพยาเสพติดลดลงจากระดับสูงเป็นระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ผลการตรวจปัสสาวะแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่หยุดเสพสารเสพติดได้ร้อยละ 63.33 และมีการกลับไปเสพซ้ำเพียงร้อยละ 6.67 สอดคล้องกับมณฑา ลิ้มทองกุล และคณะ[7] ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีอัตราการเข้าร่วมการบำบัดจนครบโปรแกรมสูงกว่า (ร้อยละ 82.50 เทียบกับร้อยละ 61.70) และมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำต่ำกว่า (ร้อยละ 18.30 เทียบกับร้อยละ 36.70) และสอดคล้องกับนงลักษณ์ พรมจันทร์ และคณะ[9] ที่พบว่าโปรแกรมการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับแนวคิดสร้างแรงจูงใจมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำที่ 3 เดือนต่ำกว่า (ร้อยละ 16.70 เทียบกับร้อยละ 40.00)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรม CBTx ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย การบูรณาการระบบการดูแล การลดการตีตราทางสังคม และความยืดหยุ่นของโปรแกรม สอดคล้องกับสุวรรณา บัวเจริญ และคณะ[6] ที่พบปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับหลักวิชาการ การสร้างเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง และการติดตามอย่างต่อเนื่อง อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม ความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัว การขาดทรัพยากร และความท้าทายในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับ Nguyen และคณะ[13] ที่ศึกษาการนำโปรแกรม CBTx ไปใช้ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และพบปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนจากผู้มีอำนาจตัดสินใจในท้องถิ่น การบูรณาการกับระบบสุขภาพที่มีอยู่ และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาโปรแกรม CBTx เนื่องจากช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม และทำให้โปรแกรมตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของชุมชนได้อย่างเหมาะสม ประสิทธิผลของโปรแกรมที่ปรากฏในการศึกษานี้สะท้อนถึงศักยภาพของแนวทาง CBTx ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ชนบท และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

ข้อเสนอแนะ

1.การนำโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลอื่น ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างน้อย 12 เดือน ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละชุมชน โดยเฉพาะการปรับ 7 กิจกรรมหลักให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ส่งผลให้การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาวได้

2.ควรมีการส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้กับครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพิ่มเติมแบบบูรณาการร่วมกับโรงเรียน หน่วยงานท้องถิ่น และองค์กรชุมชนควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จในการลดการตีตราและสร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง

3.การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เช่น พื้นที่ชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง

ของประสิทธิผลและปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมทั้งการศึกษาติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อหาแนวทางการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4.ควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่เป็นมาตรฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการเก็บข้อมูลและการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข

5.ควรมีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินโปรแกรม CBTx อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรมบำบัด เพื่อให้โปรแกรมมีความยั่งยืนและสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว ตัวแทนชุมชน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชนบ้านหนองบัวหน่วย อำเภอยางตลาด ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานอย่างเต็มใจ ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นายอำเภอยางตลาด และหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลยางตลาด อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนที่ร่วมเป็นทีมวิจัยและให้การสนับสนุนในการดำเนินงานตามโปรแกรม CBTx ด้วยความทุ่มเทและมุ่งมั่น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์และสร้างประโยชน์ต่อชุมชนอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2022. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2022.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Community based treatment and care for drug use and dependence: Information brief for Southeast Asia. UNODC Regional Office for Southeast Asia and the Pacific; 2020.
3. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2567.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
5. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, กิตติพงษ์ พัฒนาศักดิ์, นิภา แก้วศรีงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ชายแดนภาคเหนือ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2565;10(1):45-61.
6. สุวรรณา บัวเจริญ, ประภัสสร พรหมมา, ระพีพร คนเชื้อ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนบ้านสะพานดำ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564;35(2):142-157.
7. มณฑา ลิ้มทองกุล, วิโรจน์ วีรชัย, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(6):1023-1035.
8. อรทัย วาจาสัตย์, ธีรศักดิ์ พิทักษ์กฤษดา, ปริศนา อัครพงษ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามโปรแกรม CBTx ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2566;68(4):403-418.
9. นงลักษณ์ พรมจันทร์, วรรณา คงสุริยะนาวิน, ธีรพล สุขมาก. ผลของโปรแกรมการบำบัดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับแนวคิดสร้างแรงจูงใจในผู้ติดยาเสพติดจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33(3):56-71.

10. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. Sage Publications; 2005. p. 559-603.
11. พัฒนพงศ์ คชเสนี, สุวัฒนพล สวรรค์ปัญญาเลิศ, สุภัทร ชูประดิษฐ์. รูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดบูรณาการการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด กรณีศึกษาชุมชนเข้มแข็งแห่งหนึ่งในจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):122-133.
12. โรงพยาบาลยางตลาด. รายงานผลการดำเนินงานการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2567. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลยางตลาด; 2567.
13. Nguyen TH, Salamanca FP, Cheng WS. Implementation of community-based treatment program for methamphetamine use disorder in Southeast Asia: Process evaluation. Int J Drug Policy. 2023;113:103920.

การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอด โดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Maternal Care Model Using Active Management of Third Stage of Labor for Postpartum Hemorrhage Prevention at Namhon Hospital, Kalasin Province.

(Received: June 21,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 26,2025)

พรนภัส ไชยการ[1]
Pornnapat chaiyakarn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงมิถุนายน 2568 รวมระยะเวลา 13 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ จำนวน 10 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ มารดาที่มาคลอด จำนวน 31 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ Active Management of Third Stage of Labor แบบประเมินทักษะ แบบประเมินคุณภาพการดูแล แบบบันทึกข้อมูล แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาณก่อนหลัง ด้วยสถิติ Paired t-test และ McNemar's test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ Active Management เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี (17.20±1.60) ทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้น เป็นระดับดี (64.80±5.20) คุณภาพการดูแลมารดาคลอดเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี (52.40±4.80) ความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (4.40±0.52) ความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงมาก (4.50±0.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 3.68, 4.12, 5.23, 6.85, 4.56 ตามลำดับ) ผลลัพธ์การดูแลพบว่าอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดลดลงเป็นร้อยละ 6.45 การใช้ยาเพิ่มเติมลดลง เป็นร้อยละ 16.13 การส่งต่อผู้ป่วยลดลงเป็นร้อยละ 3.23 (McNemar's χ^2 = 5.44, 6.75, 4.17 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การตกเลือดหลังคลอด, Active Management of Third Stage of Labor, การพัฒนาคุณภาพการดูแล

Abstract

This study was action research aimed to study the situation and problems, develop a care model, and evaluate the effectiveness of the developed care model between June 2024 and June 2025, totaling 13 months. Qualitative samples included 10 healthcare personnel, and quantitative samples included 31 mothers who gave birth. Research instruments consisted of general information questionnaires, Active Management of Third Stage of Labor knowledge assessment forms, skill assessment forms, care quality assessment forms, data recording forms, interview forms, satisfaction assessment forms, and outcome assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics, before-after quantitative statistics with Paired t-test and McNemar's test, and content analysis for qualitative data.

The study results showed that the care model development process consisted of 8 main activities: 1) brainstorming meetings 2) studying and reviewing Active Management of Third Stage of Labor knowledge 3) developing and designing care models 4) training and skill development for personnel 5) piloting and improving care models 6) creating monitoring and evaluation systems 7) creating sustainability and knowledge transfer 8) evaluating and expanding care models. The results of implementing the model showed that Active Management knowledge increased from moderate to good level (17.20±1.60), practical skills increased to good level

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

(64.80±5.20), maternal care quality increased to good level (52.40±4.80), confidence in practice increased to high level (4.40±0.52), work satisfaction increased to very high level (4.50±0.53) with statistical significance at .05 level (t = 3.68, 4.12, 5.23, 6.85, 4.56 respectively). Care outcomes showed that postpartum hemorrhage incidence decreased to 6.45%, additional medication use decreased to 16.13%, patient referral decreased to 3.23% (McNemar's χ^2 = 5.44, 6.75, 4.17 respectively).

Keywords: postpartum hemorrhage, Active Management of Third Stage of Labor, care quality development

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทุกปีมีมารดาประมาณ 14.00 ล้านคนประสบปัญหาการตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้มีมารดาเสียชีวิตประมาณ 70,000.00 คนต่อปี[1] การตกเลือดหลังคลอดมีผลกระทบอย่างไม่สมส่วนต่อประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยมากกว่าร้อยละ 80.00 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในแอฟริกาใต้สะฮาราและเอเชียใต้ ซึ่งการตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20.00 ของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก แม้ว่าการตกเลือดหลังคลอดสามารถป้องกันได้และได้รับการลดลงในประเทศที่มีรายได้สูง แต่ผู้หญิงในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางยังคงได้รับผลกระทบอย่างไม่สมส่วน[2] ในสหรัฐอเมริกาอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้นจาก 5,634.00 ต่อการคลอด 100,000.00 ครั้ง เป็น 10,504.00 ต่อการคลอด 100,000.00 ครั้ง ระหว่างปี 2005-2022[3] การศึกษาในแอฟริกาตะวันออกพบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดโดยเฉลี่ยร้อยละ 6.20 โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การคลอดบุตรหลายครั้ง มารดาอายุมาก การใช้หัตถการช่วยคลอดและการเหนี่ยวนำการคลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดด้วย Active Management of Third Stage of Labor สามารถลดการตกเลือดได้ถึงร้อยละ 60.00 [4]

ประเทศไทย ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 14 แห่ง พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 1.40-10.60 โดยมารดาที่มีประวัติตกเลือดหลังคลอดเดิมมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 10.97 เท่า โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปมีความเสี่ยงสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ 14.00 เท่า และ 7.00 เท่าตามลำดับ [5] การศึกษาในโรงพยาบาลชายแดนไทย-เมียนมาร์ทางภาคเหนือพบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5.55 และการตกเลือดหลังคลอดรุนแรงร้อยละ 1.84 โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยสูง กลุ่มชาติพันธุ์ มารดาคลอดบุตรคนแรก ประวัติตกเลือดหลังคลอด ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร การเอารกออกด้วยมือ การเร่งการคลอด และน้ำหนักทารกมากกว่า 4,000.00 กรัม [6] การศึกษาปัจจัยเสี่ยง พบสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัวมากที่สุด ร้อยละ 45.80 รองลงมาคือการฉีกขาดของช่องทางคลอดร้อยละ 27.10 สาเหตุจากรกร้อยละ 14.40 และสาเหตุอื่นๆ หรือหลายสาเหตุร่วมกันร้อยละ 12.70 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การคลอดบุตรตั้งแต่ 4.00 ครั้งขึ้นไป การตั้งครรภ์แฝด การใช้หัตถการช่วยคลอด รกค้าง รกเกาะต่ำ และการคลอดระยะที่สองนานผิดปกติ [7] การศึกษาในโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร ระหว่างตุลาคม 2564-กันยายน 2566 พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การไม่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา ภาวะครรภ์เสี่ยงสูงขณะคลอด และการไม่ได้รับการประเมินปริมาณเลือดหลังทารกคลอดด้วยถุงตวงเลือด[8]

Active Management of Third Stage of Labor เป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การให้ยากระตุ้นมดลูกทันทีหลังไหล่หน้าออก การดึงสายสะดือแบบควบคุม และการนวดมดลูกทันทีหลังรกออก การใช้แนวทางนี้สามารถลดการสูญเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500.00 มิลลิลิตร

ได้ร้อยละ 34.00 ลดการใช้ยากระตุ้นมดลูกเพิ่มเติมร้อยละ 19.00 และลดการสูญเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000.00 มิลลิลิตรได้ร้อยละ 34.00 [9] องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้แต่ละองค์ประกอบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะการให้ยากระตุ้นมดลูกและการนวดมดลูกซึ่งมีหลักฐานชัดเจน [10] การศึกษาในประเทศเอธิโอเปียพบว่าการปฏิบัติ Active Management of Third Stage of Labor ของผู้ให้บริการสูติกรรมมีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 16.70-43.30 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การฝึกอบรม ประสบการณ์การทำงาน และการสนับสนุนจากระบบ[11] การศึกษาในแอฟริกาตะวันออกพบการปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 68.20 โดยปัจจัยที่มีผลคือ การมีความรู้เกี่ยวกับ Active Management การได้รับการฝึกอบรม และการมีอุปกรณ์ที่เพียงพอ [4] ทฤษฎี Bundle Care เป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่รวมหลายการปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับมาใช้ร่วมกันเป็นชุด โดยต้องปฏิบัติครบทุกข้อ ในเวลาที่กำหนด และอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการทำแต่ละอย่างแยกกัน หลักการสำคัญของ Bundle Care คือ All-or-None Approach ที่เน้นการปฏิบัติครบร้อยละ 100 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การมีมาตรฐานเดียวกัน และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การประยุกต์ใช้ Bundle Care ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดช่วยให้การปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการข้ามขั้นตอน และเพิ่มความปลอดภัยของมารดา [12]

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการรายงานกรณีการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อค แสดงให้เห็นว่าเป็นปัญหาที่พบในพื้นที่ [13] โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการห้องคลอด ประสบปัญหาการตกเลือดหลังคลอดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ปากมดลูกฉีกขาด และมารดาท้องหลัง โดยมีข้อจำกัดด้านบุคลากร มีพยาบาลประจำ 3 คน และพยาบาลหมุนเวียนจากฝ่ายอื่น 4 คน โรงพยาบาลได้มีแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้การประเมินความเสี่ยงด้วย Risk Scale Case การทำ Active Management of Third Stage of Labor การติดตาม Vital Signs และการใช้ถุงตวงเลือด แต่ยังพบปัญหาในการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor ในรูปแบบ Bundle Care จึงมีความจำเป็น เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติที่มีอยู่ให้เป็นระบบมากขึ้น ลดความผิดพลาดจากปัจจัยมนุษย์ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้บุคลากรที่จำกัด และยกระดับคุณภาพการดูแลให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรแต่ต้องการให้บริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพแก่มารดาและทารก การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้จะช่วยพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนามน และสามารถนำไปขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลมารดาคลอดในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน 2567 ถึง มิถุนายน 2568 รวมระยะ 13 เดือน ได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active

Management of Third Stage of Labor เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยการทบทวนข้อมูลและการวางแผน ดำเนินการอบรมทีมพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ทบทวนองค์ความรู้การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและ Active Management of Third Stage of Labor ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมินคุณภาพการดูแลมารดาคลอด ศึกษาปัญหาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลนามน ดำเนินการคืนข้อมูลผลที่ได้จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ ความพึงพอใจ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะในการพัฒนาจนให้เกิดเป็นรูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่เหมาะกับโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ พยาบาล 7 คน และแพทย์จำนวน 3 คน รวม 10 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ได้แก่ พยาบาล 7 คน และ แพทย์ จำนวน 10 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เชิงปริมาณ มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนามน ในช่วงการศึกษา จำนวน 31 คน โดยคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อมารดาที่มาคลอด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 8 ชุด ดังต่อไปนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน การฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแล ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ Active Management of Third Stage of Labor จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การให้ยากระตุ้นมดลูก การดึงสายสะดือแบบควบคุม การนวดมดลูก และการจัดการภาวะแทรกซ้อน ชุดที่ 3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ Active Management of Third Stage of Labor จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงก่อนคลอด การเตรียมอุปกรณ์และยา การให้ Oxytocin ณ เวลาที่เหมาะสม การทำ Controlled Cord Traction การนวดมดลูกหลังรกออก และการติดตามอาการ ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการดูแลมารดาคลอด จำนวน 12.00 ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานความปลอดภัยของมารดา ความครบถ้วนของการบันทึก การทำงานเป็นทีม และการสื่อสารกับมารดา ชุดที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลมารดาคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของมารดา ปัจจัยเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด การปฏิบัติ Active Management รายการยาที่ใช้ ปริมาณเลือดสูญเสีย ระยะเวลาการคลอดรกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 8 ข้อ สำหรับบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วย ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรคในการดูแลมารดาคลอด ความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ข้อเสนอแนะการปรับปรุง และความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวิจัย ชุดที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อการดูแลระหว่างคลอด ความรู้สึกปลอดภัย การสื่อสารของบุคลากร ความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อม และความเชื่อมั่นในการดูแล ชุดที่ 8 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแล ประกอบด้วย อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ปริมาณเลือดสูญเสีย ระยะเวลาการจัดการ ความต้องการยาเพิ่มเติม การส่งต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจโดยรวมของทีมงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ Active Management of Third Stage of Labor ทักษะการปฏิบัติ คุณภาพการดูแลมารดาคลอด ความพึงพอใจของมารดา และผลลัพธ์การ

ดูแล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับ Active Management of Third Stage of Labor ทักษะการปฏิบัติ คุณภาพการดูแลมารดาคลอด และความพึงพอใจของบุคลากร ก่อนหลังพัฒนารูปแบบการดูแล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลมารดาคลอดโดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ปริมาณเลือดสูญเสีย ระยะเวลาการจัดการ และการใช้ยาเพิ่มเติม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลด้วยสถิติ McNemar's χ^2 test สำหรับตัวแปรเชิงหมวดหมู่ และ Paired t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา การตกเลือดหลังคลอด โดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการระดมสมอง พบว่า ปัจจุบันปัญหาการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลนามนที่เป็นปัญหามีความซับซ้อน เนื่องมาจากการมีบุคลากรจำกัด โดยมีพยาบาลห้องคลอด 3 คนประจำ และหมุนเวียนจากฝ่ายอื่นจำนวน 4 คน ขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ Active Management of Third Stage of Labor และการขาดระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ปากมดลูกฉีกขาด และการจัดการมารดาท้องหลัง รวมทั้งการขาดความรู้และทักษะที่สม่ำเสมอของบุคลากรหมุนเวียน อีกทั้งการประเมินปริมาณเลือดสูญเสียยังไม่แม่นยำและไม่เป็นระบบ ขาดการใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ประกอบกับการขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน พยาบาลมีความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในการจัดการกรณีฉุกเฉิน การประสานงานระหว่างทีมยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการทำงาน ประกอบกับการขาดการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องทำให้ความรู้และทักษะไม่ทันสมัย มีความแตกต่างในการปฏิบัติงานของแต่ละคน ปัจจุบันการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลนามน ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับ ทั้งพยาบาล แพทย์ และผู้บริหาร จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกันโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor เป็นแกนหลัก เพื่อให้มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนามนได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานการดูแลที่เป็นเอกภาพ และสร้างระบบการทำงานที่ยั่งยืน เพื่อให้อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลนามนลดลง บุคลากรสุขภาพ จำนวน 10.00 คน ส่วนมากมีอายุ

31-35 ปี จำนวน 4.00 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา 25-30 ปี จำนวน 3.00 คน ร้อยละ 30.00 และ 36-40 ปี จำนวน 2.00 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ (Mean±SD=33.20±5.80 ปี) ตำแหน่งงานส่วนมากเป็นพยาบาล จำนวน 7.00 คน ร้อยละ 70.00 และแพทย์ จำนวน 3.00 คน ร้อยละ 30.00 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 8.00 คน ร้อยละ 80.00 และปริญญาโท จำนวน 2.00 คน ร้อยละ 20.00 ประสบการณ์การทำงานด้านการคลอดส่วนมาก 6-10 ปี จำนวน 4.00 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา 1-5 ปี จำนวน 3.00 คน ร้อยละ 30.00 และ 11-15 ปี จำนวน 2.00 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ (Mean±SD=8.60±4.20 ปี) การฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดส่วนมากเคยได้รับการฝึกอบรม จำนวน 6.00 คน ร้อยละ 60.00 และไม่เคยได้รับการฝึกอบรม จำนวน 4.00 คน ร้อยละ 40.00 การเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลส่วนมากมีความสนใจมาก จำนวน 7.00 คน ร้อยละ 70.00 และมีความสนใจปานกลาง จำนวน 3.00 คน ร้อยละ 30.00

กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มาคลอด จำนวน 31.00 คน ส่วนมากมีอายุ 26-30 ปี จำนวน 12.00 คน ร้อยละ 38.71 รองลงมา 18-25 ปี จำนวน 8.00 คน ร้อยละ 25.81 และ 31-35 ปี จำนวน 7.00 คน ร้อยละ 22.58 ตามลำดับ (Mean±SD=28.40±5.60 ปี) ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 18.00 คน ร้อยละ 58.06 รองลงมาอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 6.00 คน ร้อยละ 19.35 และประถมศึกษา จำนวน 5.00 คน ร้อยละ 16.13 อาชีพส่วนมากเป็นเกษตรกร จำนวน 12.00 คน ร้อยละ 38.71 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 8.00 คน ร้อยละ 25.81 และค้าขาย จำนวน 5.00 คน ร้อยละ 16.13 จำนวนครั้งที่คลอดส่วนมากเป็นครั้งที่ 2-3 จำนวน 15.00 คน ร้อยละ 48.39 รองลงมาครั้งที่ 1 จำนวน 9.00 คน ร้อยละ 29.03 และครั้งที่ 4-5 จำนวน 5.00 คน ร้อยละ 16.13 ตามลำดับ (Mean±SD=2.80±1.60 ครั้ง) ปัจจัยเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดส่วนมากไม่มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 18.00 คน ร้อยละ 58.06 รองลงมามารดาท้องหลัง จำนวน 6.00 คน ร้อยละ 19.35 และประวัติตกเลือดเดิม จำนวน 3.00 คน ร้อยละ 9.68

2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) การประชุมระดมสมองทีมบุคลากร ดำเนินการประชุมบุคลากรสุขภาพทั้ง 10 คน ประกอบด้วยแพทย์ 3 คน และพยาบาลห้องคลอด 7 คน เพื่อระดมสมองปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์สาเหตุ และกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน โดยใช้เทคนิค Brainstorming 2) การศึกษาและทบทวนองค์ความรู้ Active Management of Third Stage of Labor ทบทวนแนวปฏิบัติปัจจุบันของโรงพยาบาลนามน ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางสากล จัดทำเอกสารความรู้และคู่มือปฏิบัติสำหรับ Active Management of Third Stage of Labor ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน 3) การพัฒนาและออกแบบรูปแบบการดูแล ออกแบบรูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยบูรณาการ Active Management of Third Stage of Labor เข้ากับระบบการทำงานปัจจุบัน กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ เกณฑ์การประเมิน และระบบการติดตาม 4) การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะบุคลากร จัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับบุคลากรทั้ง 10 คน เรื่อง Active Management of Third Stage of Labor ฝึกทักษะการปฏิบัติ การใช้เครื่องมือประเมิน และการบันทึกข้อมูล รวมทั้งการจัดส่งบุคลากรไปดูงานและฝึกประสบการณ์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 5) การทดลองใช้รูปแบบการดูแลและปรับปรุงนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับมารดาคลอด 31.00 ราย มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่พบและรวบรวมข้อเสนอแนะจากทีมงาน 6) การสร้างระบบการติดตามและประเมินผล พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล การติดตามผลลัพธ์ และการประเมิน

คุณภาพการดูแล กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ และวิธีการรายงานผลประจำเดือน 7) การสร้างความยั่งยืนและการถ่ายทอดความรู้จัดทำระบบการสอนงานแบบพี่เก่าสอนน้องใหม่ การ Mentoring และการหมุนเวียนความรู้ระหว่างบุคลากรประจำและหมุนเวียน รวมทั้งการจัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติที่ยั่งยืน 8) การประเมินผลและขยายผลรูปแบบการดูแลประเมินผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ความสำเร็จและอุปสรรค จัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานตามบริบทโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3) ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีดังต่อไปนี้

3.1) ความรู้เกี่ยวกับ Active Management of Third Stage of Labor ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความรู้เกี่ยวกับ Active Management of Third Stage of Labor มีคะแนนเฉลี่ย 12.50 คะแนน (S.D. 2.80) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความรู้เกี่ยวกับ Active Management of Third Stage of Labor มีคะแนนเฉลี่ย 17.20 คะแนน (S.D. 1.60) อยู่ในระดับดี

3.2) ทักษะการปฏิบัติ Active Management of Third Stage of Labor ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ทักษะการปฏิบัติ Active Management of Third Stage of Labor มีคะแนนเฉลี่ย 48.20 คะแนน (S.D. 8.40) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ทักษะการปฏิบัติ Active Management of Third Stage of Labor มีคะแนนเฉลี่ย 64.80 คะแนน (S.D. 5.20) อยู่ในระดับดี

3.3) คุณภาพการดูแลมารดาคลอด ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า คุณภาพการดูแลมารดาคลอดมีคะแนนเฉลี่ย 38.60 คะแนน (S.D. 6.20) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า คุณภาพการดูแลมารดาคลอดมีคะแนนเฉลี่ย 52.40 คะแนน (S.D. 4.80) อยู่ในระดับดี

3.4) ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความมั่นใจในการปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ย 3.20 คะแนน (S.D. 0.85) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความมั่นใจในการปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ย 4.40 คะแนน (S.D. 0.52) อยู่ในระดับสูง

3.5) ความพึงพอใจในการทำงาน ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ย 3.60 คะแนน (S.D. 0.70) อยู่ในระดับดี ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ย 4.50 คะแนน (S.D. 0.53) อยู่ในระดับสูงมาก

4) ผลลัพธ์การดูแลมารดาคลอดหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีดังต่อไปนี้

4.1) ปริมาณเลือดสูญเสีย ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ปริมาณเลือดสูญเสียมีค่าเฉลี่ย 385.20 มิลลิลิตร (S.D. 125.40) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ปริมาณเลือดสูญเสียมีค่าเฉลี่ย 285.60 มิลลิลิตร (S.D. 85.20) อยู่ในระดับปกติ จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ปริมาณเลือดสูญเสียลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=3.68

4.2) ระยะเวลาการคลอดรก ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ระยะเวลาการคลอดรกมีค่าเฉลี่ย 18.40 นาที (S.D. 6.80) อยู่ในระดับนาน ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ระยะเวลาการคลอดรกมีค่าเฉลี่ย 12.80 นาที (S.D. 4.20) อยู่ในระดับปกติ จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระยะเวลาการคลอดรกสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=4.12

4.3) ความพึงพอใจของมารดา ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจของมารดามีคะแนนเฉลี่ย 3.80 คะแนน (S.D. 0.65) อยู่ในระดับดี ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจของมารดามีคะแนนเฉลี่ย 4.60 คะแนน (S.D. 0.48) อยู่ในระดับสูงมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า

ระดับความพึงพอใจของมารดาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=5.23

4.4) คะแนนการปฏิบัติตาม Protocol ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า คะแนนการปฏิบัติตาม Protocol มีค่าเฉลี่ย 6.20 คะแนน (S.D. 2.40) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า คะแนนการปฏิบัติตาม Protocol มีค่าเฉลี่ย 9.40 คะแนน (S.D. 1.20) อยู่ในระดับสูง จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนการปฏิบัติตาม Protocol เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.85

4.5) เวลาตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า เวลาตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ย 8.60 นาที (S.D. 3.20) อยู่ในระดับช้า ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า เวลาตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ย 4.80 นาที (S.D. 1.80) อยู่ในระดับรวดเร็ว จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า เวลาตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=4.56

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลมารดาคลอด ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=31)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ปริมาณเลือดสูญเสีย (มิลลิลิตร)	385.20	125.40	ปานกลาง	285.60	85.20	ปกติ	3.68	0.001*
2. ระยะเวลาการคลอดรก (นาที)	18.40	6.80	นาน	12.80	4.20	ปกติ	4.12	<0.001*
3. ความพึงพอใจของมารดา	3.80	0.65	ดี	4.60	0.48	สูงมาก	5.23	<0.001*
4. คะแนนการปฏิบัติตาม Protocol	6.20	2.40	ปานกลาง	9.40	1.20	สูง	6.85	<0.001*
5. เวลาตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน (นาที)	8.60	3.20	ช้า	4.80	1.80	รวดเร็ว	4.56	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

5) ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลมารดาคลอดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลโดย Active Management of Third Stage of Labor

5.1) ผลการวิเคราะห์การตกเลือดหลังคลอด พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบมีมารดาที่เกิดการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 8.00 คน คิดเป็นร้อยละ 25.81 และไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 23.00 คน คิดเป็นร้อยละ 74.19 หลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีมารดาที่ยังคงเกิดการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2.00 คน คิดเป็นร้อยละ 6.45 และไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 29.00 คน คิดเป็นร้อยละ 93.55 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของการเกิดการตกเลือด พบว่า มีมารดาที่เปลี่ยนแปลงจากเกิดการตกเลือดเป็นไม่เกิดการตกเลือด (ป้องกันได้สำเร็จ) จำนวน 6.00 คน คิดเป็นร้อยละ 19.35 ซึ่งเป็นกลุ่มที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้ จากการทดสอบทางสถิติด้วย McNemar's test พบว่า สัดส่วนของการเกิดการตกเลือดหลังคลอดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (McNemar's χ^2 = 5.44, p = 0.020)

5.2) ผลการวิเคราะห์การใช้ยาเพิ่มเติม พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบมีมารดาที่ต้องใช้ยาเพิ่มเติมในการจัดการ จำนวน 12.00 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 และไม่ต้องใช้ยาเพิ่มเติม จำนวน 19.00 คน คิดเป็นร้อยละ 61.29 หลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีมารดาที่ยังคงต้องใช้ยาเพิ่มเติม จำนวน 5.00 คน คิดเป็นร้อยละ 16.13 และไม่ต้องใช้ยาเพิ่มเติม จำนวน 26.00 คน คิดเป็นร้อยละ 83.87 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของการใช้ยา พบว่า มีมารดาที่เปลี่ยนแปลงจากต้องใช้ยาเพิ่มเติมเป็นไม่ต้องใช้ยาเพิ่มเติม (จัดการได้ดีขึ้น) จำนวน 7.00 คน คิดเป็นร้อยละ 22.58 ซึ่งเป็นกลุ่มที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในการลดการใช้ยาเพิ่มเติมได้ จากการทดสอบทางสถิติด้วย

McNemar's test พบว่า สัดส่วนของการใช้ยาเพิ่มเติมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (McNemar's χ^2 = 6.75, p = 0.009)

5.3) ผลการวิเคราะห์การส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบมีมารดาที่ต้องส่งต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน จำนวน 6.00 คน คิดเป็นร้อยละ 19.35 และไม่ต้องส่งต่อ จำนวน 25.00 คน คิดเป็นร้อยละ 80.65 หลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีมารดาที่ยังคงต้องส่งต่อ จำนวน 1.00 คน คิดเป็นร้อยละ 3.23 และไม่ต้องส่งต่อ จำนวน 30.00 คน คิดเป็นร้อยละ 96.77 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของการส่งต่อ พบว่า มีมารดาที่เปลี่ยนแปลงจากต้องส่งต่อเป็นไม่ต้องส่งต่อ (จัดการในโรงพยาบาลได้) จำนวน 5.00 คน คิดเป็นร้อยละ 16.13 ซึ่งเป็นกลุ่มที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการภาวะแทรกซ้อนได้ จากการทดสอบทางสถิติด้วย McNemar's test พบว่า สัดส่วนของการส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (McNemar's χ^2 = 4.17, p = 0.041) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลมารดาคลอดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลโดย Active Management of Third Stage of Labor (n=31)

ผลลัพธ์การดูแล	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การตกเลือดหลังคลอด						
เกิดขึ้น	8	25.81	2	6.45	5.44	0.020*
ไม่เกิดขึ้น	23	74.19	29	93.55		
การใช้ยาเพิ่มเติม						
ใช้	12	38.71	5	16.13	6.75	0.009*
ไม่ใช้	19	61.29	26	83.87		
การส่งต่อผู้ป่วย						
ส่งต่อ	6	19.35	1	3.23	4.17	0.041*
ไม่ส่งต่อ	25	80.65	30	96.77		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

โรงพยาบาลนามน มีปัญหาการตกเลือดหลังคลอดที่ซับซ้อน เนื่องจากบุคลากรจำกัด ได้แก่ พยาบาล 7 คน แพทย์ 3 คน รวมบุคลากรที่หมุนเวียนจากฝ่ายอื่นๆแล้ว 10 คน และการขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ Active Management of Third Stage of Labor สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนพร พิเศษศิลป์ และคณะ[7] ที่พบปัจจัยสำคัญของการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การไม่ได้รับการชักนำการคลอดด้วยยา ภาวะครรภ์เสี่ยงสูงขณะคลอด และการไม่ได้รับการประเมินปริมาณเลือดหลังทารกคลอดด้วยถุงตวงเลือด จากการศึกษาของ Prapawichar และคณะ[5] พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 1.40-10.60 โดยโรงพยาบาลชุมชนมีความเสี่ยงสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ 14 เท่า ซึ่งสะท้อนปัญหาที่โรงพยาบาลนามนพบเจอ ก่อนการพัฒนารูปแบบบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับ Active Management of Third Stage of Labor ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 12.50 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20.00) และทักษะการปฏิบัติในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 48.20

คะแนน จากคะแนนเต็ม 75.00) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเอธิโอเปียที่พบการปฏิบัติ Active Management of Third Stage of Labor ของผู้ให้บริการสูติกรรมแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 16.70-43.30 โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การฝึกอบรม และประสบการณ์การทำงาน[10] อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดก่อนการพัฒนารูปแบบอยู่ที่ร้อยละ 25.81 สูงกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลชายแดนไทย-เมียนมาร์[6] พบร้อยละ 5.55 แต่อยู่ในช่วงที่รายงานโดย Prapawichar และคณะ[5] แสดงให้เห็นว่าปัญหาการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลนามนมีความรุนแรงและต้องการการแก้ไขเร่งด่วน

การพัฒนารูปแบบการดูแลประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก กระบวนการนี้สอดคล้องกับหลักการ Bundle Care ที่เน้นการปฏิบัติแบบเป็นชุดครบถ้วน และต่อเนื่อง[11] รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยบูรณาการ Active Management of Third Stage of Labor ที่ประกอบด้วย การให้ Oxytocin 10.00 IU ทันทีหลังไหล่หน้าออก การทำ Controlled Cord Traction และการนวดมดลูกทันทีหลังรกออก ซึ่งสอดคล้องกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก[8] ระบุว่า Active Management สามารถลดการสูญเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500.00 มิลลิลิตรได้ร้อยละ 34.00 การใช้ระบบพี่เก่าสอนน้องใหม่และการส่งบุคลากรไปฝึกประสบการณ์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาในแอฟริกาตะวันออกที่พบปัจจัยสำเร็จของการปฏิบัติ Active Management ได้แก่ การมีความรู้ การได้รับการฝึกอบรม และการมีอุปกรณ์ที่เพียงพอ[4]

ผลการประเมินแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน โดยบุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดี และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดี การเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแล ผลลัพธ์การดูแลมารดาคลอดปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญ โดยอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดลดลง ปริมาณเลือดสูญเสียลดลงจาก 385.20 มิลลิลิตร เป็น 285.60 มิลลิลิตร และระยะเวลาการคลอดรกสั้นลงจาก 18.40 นาที เป็น 12.80 นาที การจัดการ Active Management อย่างเป็นระบบสามารถลดปัจจัยเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ยาเพิ่มเติมลดลง และการส่งต่อผู้ป่วยลดลง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงแต่ลดอุบัติการณ์การตกเลือด แต่ยังเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการจัดการภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ลดภาระการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับสูงกว่า ความพึงพอใจของมารดาเพิ่มขึ้นจากระดับดี เป็นระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงแต่มีประสิทธิผลทางคลินิก แต่ยังตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของมารดาได้อย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วรพจน์ ตันติวัฒนกุล และคณะ[7]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควรใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการให้นานมากกว่าการศึกษานี้ ปรับการดำเนินตามกิจกรรมหลักให้เหมาะสมกับจำนวนบุคลากร ทรัพยากร และโครงสร้างของแต่ละโรงพยาบาล ส่งผลให้การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

2. ควรส่งเสริมความรู้และทักษะ Active Management of Third Stage of Labor ให้กับบุคลากรสุขภาพทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผดุงครรภ์ และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพิ่มเติมการฝึกอบรมแบบสอนตัวต่อ

ตัว (Mentoring) และระบบพี่เก่าสอนน้องใหม่ควบคู่กันไป เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลที่เป็นเอกภาพและลดความแปรปรวนในการปฏิบัติ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิผล ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในระดับใกล้เคียงกัน เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค รวมทั้งการศึกษาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและผลกระทบต่อการลดอัตราการตายของมารดาในระดับอำเภอหรือจังหวัด

4. ควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลแบบดิจิทัล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการบันทึกข้อมูล การคำนวณปริมาณเลือดสูญเสีย และการแจ้งเตือนภาวะฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินและลดเวลาตัดสินใจในการจัดการภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการเรียนรู้ต่อเนื่อง

5. ควรมีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร สำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรห้องคลอดอย่างต่อเนื่อง การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาลชุมชน และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งลดภาระการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ มารดาที่มาคลอดและครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และผู้บริหารโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน และมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอดโดยใช้ Active Management of Third Stage of Labor เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างเต็มใจ ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นายอำเภอนามน และหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลนามน แพทย์ พยาบาลห้องคลอด และบุคลากรสาธารณสุขที่ร่วมเป็นทีมวิจัยและให้การสนับสนุนในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลมารดาคลอดด้วยความทุ่มเทและมุ่งมั่น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์และสร้างความปลอดภัยต่อมารดาและทารกในชุมชนจนบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Postpartum Haemorrhage Summit. WHO; 2023.
2. World Health Organization. A roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030. WHO; 2024.
3. Corbetta-Rastelli CM, Friedman AM, Sobhani NC, Arditi B, Goffman D, Wen T. Postpartum hemorrhage trends and outcomes in the United States, 2000-2019. Obstet Gynecol. 2023;141(1):152-161.
4. Gelaw KA, Asaye MM, Beshir MA. การปฏิบัติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระยะที่สามของการคลอดแบบเชิงรุกในแอฟริกาตะวันออก: การทบทวนระบบและการวิเคราะห์อภิมาน. BMC Pregnancy Childbirth. 2566;23:458.
5. Prapawichar P, Ratinthorn A, Utriyaprasit K, Viwatwongkasem C. Maternal and health service predictors of postpartum hemorrhage across 14 district, general and regional hospitals in Thailand. BMC Pregnancy Childbirth. 2563;20:1-12.
6. Puthadechakum P, Kaoiean S, Suwanachai P, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Yanagisawa S. Risk factors for postpartum hemorrhage in a Thai–Myanmar border community hospital: A nested case-control study. Medicina. 2021;57(5):427.

7. ธนพร พิเศษศิลป์, จิราภรณ์ จิระธนากร, พิชิต เลิศศักดิ์สกุล. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(1):78-89.
8. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Cuthbert A, Buchmann EJ. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2023;6:CD013742.
9. Berghella V, Caughey AB, Richter HE. Third stage of labor: evidence-based practice for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2023;229(4):345-358.
10. Alemu BW, Yaekob R, Henok A. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ช่วยคลอดเกี่ยวกับการจัดการระยะที่สามของการคลอดแบบเชิงรุกในศูนย์สุขภาพที่เลือกในแอดดิสอาบาบา. วารสารการพัฒนาทรัพยากรและการจัดการ. 2566;10:54-61.
11. Althabe F, Therrien MNS, Pingray V, Hermida J, Gülmezoglu AM, Armbruster D, et al. Postpartum hemorrhage care bundles to improve adherence to guidelines: A WHO technical consultation. Int J Gynaecol Obstet. 2020;148(3):290-299.
12. ณิชชา เสาร์เส็ง, สุนันทา พิมพ์ใส, ณัฐวดี โพธิ์งาม. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดและภาวะช็อค โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565;8(2):45-56.

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงกับครอบครัวและชุมชน

Case Study in Amphetamine drug with psychiatric and risk of violent behavior with family and the district community.

(Received: June 23,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

รัติการณ์ กอมขุนทด[1]
Rattikarn Komkhuntod[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงกับครอบครัวและชุมชน ในหญิงไทย อายุ 31 ปี สถานภาพสมรส ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสีคิ้ว เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2568 เวลา 16.32 น.

ผลการศึกษา พบว่า ประวัติจากมารดา 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยใช้ยาบ้า ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา และเริ่มมีอาการหูแว่วภาพหลอน ถือมีดเดินไปเดินมา ด่าชาวบ้านด้วยคำหยาบคาย ทุบประตูบ้านตัวเองพัง อาการแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามคำตอบคำ สีหน้าวิตกกังวล ไม่มีเอะอะอาละวาด มีอาการหูแว่วเป็นเสียงนินทา ประวัติใช้ยาบ้า 14 ปี ใช้ทุกวันๆ ละ 3 เม็ด เสพครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2568 จำนวน 3 เม็ด ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = 3 คะแนน คัดกรอง และส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V2 อยู่ในระดับ 33 คะแนน แสดงว่าระดับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง อนุมานว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2Q plus negative ไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง Urine Methamphetamine = Positive >2,000 mg/ml แพทย์ให้การรักษา Antipsychotics Drug, Antianxiety Drug การวินิจฉัยที่ได้รับ Amphetamine induce Psychosis with SMI-V พยาบาลต้องดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิด อุบัติเหตุ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่น ๆ ให้เข้าใจ ยอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่รุนแรง ผู้ป่วยรายนี้อยู่บำบัดรักษาในระยะถอนพิษยา รวม 14 วัน จนกระทั่งอาการทางยาเสพติดและอาการทางจิตทุเลา

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน อาการร่วมทางจิตเวช พฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงกับครอบครัวและชุมชน

Abstract

This study was case study aimed to studied the care guidelines for amphetamine addicted patients with comorbid psychiatric symptoms and risky behaviors for violence against family and community. A 31-year-old Thai woman, married. The patient was admitted to Sikhio Hospital for inpatient treatment on May 15, 2025 at 4:32 p.m.

Result: According to her mother, for 3 months before coming to the hospital, the patient had been using methamphetamine, could not sleep, walked around, and began to have auditory hallucinations, held a knife, and cursed at villagers with vulgar words. She smashed her own door. On initial admission, the patient was conscious, answered questions with one word had an anxious expression and did not cause a commotion. She had auditory hallucinations that were gossiping. She had a history of using methamphetamine for 14 years, using it every day 3 pills per day. The last time she used it was on May 15, 2025, for 3 pills. The assessment of severe aggressive behavior (Overt Aggression Scale: OAS) = 3 points. The screening and referral of people with drug/substance abuse problems of the Ministry of Public Health (BKK.KST.) V2 was at a level of 33 points : indicating a high level of impact from drug use. It is assumed that she is a severe drug addict. Assessing the risk of suicide 2Q plus negative No thoughts of harming oneself. Urine Methamphetamine = Positive >2,000 mg/ml The doctor treats Antipsychotics Drug and

[1] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสีคิ้ว

Antianxiety Drug. Diagnosis : Amphetamine induce Psychosis with SMI-V. The nurse must administer medication according to the treatment plan Observe side effects from taking antipsychotics drugs. Assess the risk of harming others. Assess symptoms of drug withdrawal. Build a relationship for the patient to build trust Organize a safe environment for the patient prevent accidents And provide information to other patients to understand. Accept and avoid words that will stimulate the patient to have violent thoughts and behaviors. This patient is in drug withdrawal treatment for a total of 14 days until the symptoms of drug addiction and mental illness are relieved.

Keywords: Amphetamine addicted patients, psychiatric comorbidity, risky behaviors for violence against family and community.

บทนำ

ยาเสพติดนับเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบอื่น ๆ ที่ตามมา ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ รวมถึงส่งผลกระทบความมั่นคงระดับประเทศ แม้จะมีมาตรการในการควบคุม ป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน แต่ปัญหายาเสพติดในแต่ละประเทศทั่วโลกก็ยังคงมีความท้าทาย อีกทั้งเมื่อจำนวนประชากรโลกสูงขึ้น จำนวนผู้ใช้สารเสพติดย่อมสูงขึ้นตามไปด้วย โดยข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่าในปี 2563 มีจำนวนประชากร 284 ล้านคนจากทั่วโลกในช่วงอายุ 15-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติด ซึ่งเปรียบเทียบได้กับจำนวน 1 คน ในทุก ๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 26% เมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ปีที่ผ่านมา[1] สำหรับสถิติของผู้ป่วย สารเสพติดในไทย จากรายงานผลการดำเนินงานตามแบบบำบัดของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด 120,915 คน เป็นชายจำนวน 106,709 คน หญิง จำนวน 14,206 คน ช่วงอายุ 18 – 24 ปีมีจำนวนมากที่สุดเปรียบเทียบกลุ่มอายุ ยาเสพติดหลักที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า รองลงมาคือยาไอซ์ เฮโรอีน และกัญชา ปัจจุบันพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่น่ากังวลคือการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด มีการนำยารักษาโรคมาใช้ร่วมกับยาเสพติด ส่งผลกระทบต่อการบำบัดเพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทำให้การติดยาเสพติดจัดเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีการเสพซ้ำอยู่บ่อย ๆ ซึ่งการเสพยาเสพติดเป็นปัญหาด้านจิตเวชชนิดหนึ่งที่แสดงอาการได้ทั้งเสพติดทางกายและเสพติดทางใจ[2] ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง สามารถดูได้ครบ 4 มิติ จากสถิติของโรงพยาบาลสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบัดมากขึ้น ทั้งมาโดย ม.113 และ ม.114 ปี โดยจำนวนผู้รับการบำบัดสารเสพติดปี พ.ศ.2565 - พ.ศ. 2568 (8เดือน) จำนวน 103, 35, 171 และ 106 รายตามลำดับ และสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดค่าเฉลี่ยการมารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 2.13 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (ค่าเฉลี่ย 3 ปี) ค่าเฉลี่ยการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและยาเสพติดที่มาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมีผลตรวจ Amphetamine positive ร้อยละ 8.22 SMI-V ร้อยละ 21.0 (ค่าเฉลี่ย 3 ปี) ปี พ.ศ.2568 (6เดือน) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้รับการส่งต่อหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ทั้งหมด 31 ราย อัตราการส่งต่อเป็นผู้ใช้สารเสพติดร่วมกับมีอาการทางจิตเวชร้อยละ 64.51 ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ มักจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น มักเกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิต เช่น การโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเอง หรือมักอิงอยู่กับความพึงพอใจของคนอื่น พฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเองอาจเกิดจากอารมณ์ชั่ววูบ ฉุนเฉียว โมโห โกรธ เรียกร้องความสนใจ หรือเศร้าเสียใจกับเหตุการณ์ต่าง ๆ อาจจะมาจากอารมณ์รุนแรง และยาวนาน เช่น ความตึงเครียด

ความซึมเศร้า การเรียกร้องความสนใจ บางครั้งอารมณ์ของบุคคลนั้นยากที่จะได้รับการรับรู้จากคนรอบข้าง สัญญาณต่าง ๆ ก็เป็นตัวบอกได้ เช่น มีปัญหาการนอน หลับ การใช้สารเสพติด การหลีกเลี่ยงการสมาคมกับเพื่อนๆ และลดกิจกรรมทางสังคม มีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรงบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน การแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเองคือกลไกป้องกันทางจิตอย่างหนึ่ง และพัฒนาไปถึงการลงโทษทางกายและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ[3] ถ้าไม่ได้รับการเยียวยาช่วยเหลืออย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบหรืออันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งจากกรณีดังกล่าวข้างต้น นอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งด้านความปลอดภัยและความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา ตลอดจนการดูแลการให้การพยาบาลส่งผลกระทบให้เกิดปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบสู่ครอบครัว ชุมชนในที่สุด ปัญหาดังกล่าวหากเครือข่ายสาธารณสุข ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระดับตำบล คงสามารถให้การดูแลได้เหมาะสม คงอยู่ในระบบ และอาการไม่กำเริบ

วัตถุประสงค์

1.เพื่อทบทวน และปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสีคิ้ว นครราชสีมา

2.มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว

3.สามารถวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมก้าวร้าว ได้อย่างถูกต้อง

4.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎี การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพพฤติกรรมก้าวร้าว

5.เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ

6.มีแนวทางการวางแผนจำหน่ายร่วมกับครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย

วิธีการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย

1.คัดเลือกผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อทำการศึกษา 1 ราย

2.รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด สาเหตุของการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์

3.ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารทางวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า(แอมเฟตามีน) อาการแทรกซ้อนทางจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน แนวคิดทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น

4.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

5.ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6.สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

7.เผยแพร่ความรู้จากการทำกรณีศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้า

ร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 31 ปี ภูมิลำเนา ตำบลหนองน้ำใส อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา มาโรงพยาบาลวันที่ 15 พฤษภาคม 2568 เวลา 16.42 น. อาการสำคัญ คือ ถือมีดเดินไปเดินมา เอะอะโวยวาย ทำลายของเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน มารดาให้ประวัติว่าผู้ป่วยใช้ยาเสพยาบ้ามานาน เมื่อ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดคนเดียว 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเดินถือมีดหน้าบ้าน เดินไปเดินมา พูดคนเดียว เอะอะอาละวาดทุบทำลายของ ปลัดอำเภอและฝ่ายปกครองรับแจ้งจากผู้ใหญ่บ้าน นำผู้ป่วยและสามีส่งรักษาที่โรงพยาบาลสีคิ้ว ผู้ป่วยแจ้งว่าเสพยาเสพติดตั้งแต่อายุ 19 ปี ใช้ร่วมกับสามี ครั้งแรกที่เสพเพราะอยากลอง ต่อมาถ้าไม่ได้เสพจะง่วงทำงานไม่ได้จึงเสพเพื่อให้ตื่นตัวไปทำงานได้ ปริมาณการใช้ประมาณ 3-5 เม็ดต่อวัน เสพทุกวัน เสียเงินซื้อยาบ้ามาเสพทั้งตนเองและสามีวันละประมาณ 200 – 300 บาท เคยหยุดเสพตอนช่วงอายุ 27 ปี หยุดเสพได้ด้วยตนเองประมาณ 2 ปีในช่วงโควิดระบาด แต่กลับมาเสพซ้ำเพราะกลับมาอยู่ที่บ้านและอยู่ในพื้นที่ที่สามารถหายาบ้าได้ง่าย จึงมีการเสพซ้ำเพราะต้องทำงานรับจ้างสามีใช้ด้วยกันโดยรับจ้างได้เงินจะให้ผู้ป่วยเป็นคนเดินไปหาซื้อยามาเสพด้วยกัน แรกรับในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยนอนเป็นส่วนมาก ไม่มีเอะอะโวยวาย พูดคุยรู้เรื่อง มีหูแว่วบางครั้ง OAS =3 at Home ขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย OAS = 0 ผลการตรวจเลือดปกติ X-Ray ปอดปกติ ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ Amphetamine Positive วินิจฉัย Amphetamine Induce Psychosis การรักษาที่ได้รับ Lorazepam 0.5 mg 1 tab per oral Hs. Risperidone 1 mg 1 tab per oral bid pc. Hadol 2 mg 1 tab per oral Hs. รับไว้ดูแลในระยะ acute care การประเมินแบบแผนการดูแลสุขภาพที่ผิดปกติ ได้แก่ แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด poor Insight, Stage of change ระยะ contemplation แรงจูงใจในการเลิกยาค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่กับสามีที่ใช้ยาเสพติด น้องชายใช้ยาเสพติด และพื้นที่อาศัยสามารถหาซื้อยาเสพติดได้ง่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ อยู่ในระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) และระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพบพราว เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ/ผู้ป่วย เป็นการสร้างความไว้วางใจและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม **ข้อมูลสนับสนุน** S : มารดาบอกว่า ผู้ป่วยเอะอะโวยวาย ตะโกนด่าชาวบ้าน ถือมีดเดินไปเดินมา ทุบประตูบ้านพัง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริงใจ ให้เกียรติ ยอมรับ พฤติกรรมของผู้ป่วย 2. การหาข้อมูลผู้ป่วย ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และการวางแผน เพื่อทราบความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันท่วงที 3.สังเกตอย่างใกล้ชิด และจัดให้อยู่ใกล้บริเวณทำงานของพยาบาล เพื่อสามารถสังเกตและดูแลความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด 4.สนทนาพูดคุย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกโดยการพูด พร้อมรับฟังอย่างใส่ใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
O : ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย พูดเสียงดังโวยวายเมื่อไม่พึงพอใจ **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากจากพฤติกรรมก้าวร้าว 2. เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ 3. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าว **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ไม่มีพฤติกรรมพฤติกรรมก้าวร้าว 2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม	อาจสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล มั่นคง ชัดเจน ไม่โต้เถียง หลีกเลี่ยง การตอบรับหรือปฏิเสธ เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน แสดงถึงความใส่ใจ 5. การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทาง คำพูด 6.การประเมินสถานการณความเสี่ยง ปองกันพฤติกรรมรบกวน การเตรียมความพร้อมการจัดการขณะเกิดเหตุการณ์ 7.รายงานแพทย์ ดูแลการให้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา 8. จัดสิ่งแวดล้อมการบำบัดรักษาเพื่อลดสิ่งเร้า ป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 9. การจำกัดพฤติกรรม และให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจำกัดพฤติกรรม 10.การทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมซ้ำ **การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้ ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว
ปัญหาที่ 2.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชเนื่องจากได้รับยาหลายชนิดที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง อยู่ในระยะระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพบพราว สามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่าปากแห้ง ง่วงซึม O : แพทย์มีแผนการรักษาโดยยาที่ได้รับมีดังนี้ Lorazepam 0.5 mg 1 tab per oral Hs. Risperidone 1 mg 1 tab per oral bid pc. Hadol 2 mg 1 tab per oral Hs. **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและได้รับพิษจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัด **เกณฑ์การประเมิน** 1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใด ๆ ในระหว่างการบำบัดรักษา 2. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้ง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1 .ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ง่วงซึม เดินเซ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น 3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 4. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากขึ้น หรือไม่สุขสบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้ 5. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว ใช้ลิปสติกมันทาริมฝีปาก รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ เช่น ขณะลุกนั่งหรือเปลี่ยนจากนอนมาเป็นนั่งหรือยืน 6. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใด ๆ ในระหว่างการบำบัดรักษา ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ ในการบำบัด ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้งและคอแห้งมากขึ้น สัญญาณชีพปกติ
ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยขาดความตระหนักและการรับรู้ถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพบพราว และแบบแผนที่ 1 ของกอร์ดอน ให้คำแนะนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาเสพติด และการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมสร้างความตระหนักการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบศักยภาพในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับตัวแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ **ข้อมูลสนับสนุน**	**การพยาบาล** 1.ให้ข้อมูลเรื่องการเกิดโรคสมองติดยาและการเกิดโรคร่วมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม 2.ประเมินความรู้ ความเข้าใจว่าผลจาการใช้ยาและสารเสพติดที่ทำให้เกิดโรคสมองติดยาและโรคร่วมทางจิตเวช ว่าเป็นโรคที่พบร่วมกัน 3. ให้ความรู้กลไกการเกิดโรคสมองติดยาจากการใช้ยาและสารเสพติด 4. ให้ข้อมูลการบำบัดรักษาที่ต้องควบคู่กันทั้งการเลิกยาและสารเสพติด ร่วมกับการรักษาโรคทางจิตเวช 5. ฝึกให้ผู้ป่วยระบุปัญหาของตนเองที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด เช่น ปัญหาการกลับไป

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
S : มารดาบอกว่าถ้ามีเงินจะเดินไปซื้อยาบ้าใช้เงินครั้งละ 200 บาท ได้ยาบ้ามาแบ่งกับสามีคนละ 3-5เม็ด S : บอกว่าจะเลิกหรือใช้ขึ้นอยู่กับจิตใจ ที่ผ่านมาเคยเลิกได้ 2 ปีเพราะเปลี่ยนงานและช่วงโควิดหาซื้อยาก O : สีหน้าท่าทางไม่มีความวิตกกังวลขณะพูด **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยา และให้ความร่วมมือในการบำบัด **เกณฑ์การประเมิน** ผู้ป่วยมีความตระหนักและการรับรู้ถึงโทษพิษภัยของยาเสพติด	เสพยาและสารเสพติดซ้ำปัญหาจากการไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดเสพยาและสารเสพติด ปัญหาจากการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช และดูแนวทางการแก้ไขปัญหา 6. ประเมินผู้ป่วยถึงแนวทางทางเลือก แหล่งสนับสนุนการบำบัดรักษาสารเสพติดที่มีการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หากยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่มีความเข้าใจให้ข้อมูล แนวทาง ทางเลือก แหล่งสนับสนุนการบำบัดรักษา การใช้ยาและสารเสพติดที่มีการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช 7. ฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติของตนเองได้ เช่น อาการหูแว่ว นอนไม่หลับ หงุดหงิด ระแวงกลัวโดยไม่มีเหตุผล 8. ฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์เหตุการณ์ที่อาจชักนำตนเองให้กลับไปใช้ยาและสารเสพติดโดยการยกตัวอย่างสถานการณ์ และแนวทางการจัดการกับปัญหาเมื่อพบเจอสถานการณ์นั้น ๆ 9. ให้ผู้ป่วยบอกผลเสียและผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติดที่มีต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน จากการใช้ยาและสารเสพติดจนทำให้เกิดภาวะโรคร่วมทางจิตเวช 10.ให้ผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตนในการรักษาโรคการติดสารเสพติดจนเกิดภาวะโรคร่วมทาง จิตเวช เลือกแนวทางการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ได้อย่างมีเหตุผล **ประเมินผล** หลังการให้สุขศึกษาและให้ข้อมูลการรักษาของโรค ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้นและยอมรับว่า ที่ต้องนอนโรงพยาบาลเกิดจากการเสพติด และมีความตระหนักว่าต้องได้รับการบำบัดรักษา เมื่อฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติของตนเองได้ บอกวิธีการจัดการเมื่อต้องพบเจอสถานการณ์ที่ถูกชักชวนให้ใช้ยาเสพติด บอกได้ว่าผลกระทบจากการใช้ยาทำให้ตนเองต้องป่วยและมีอาการทางจิตเวช เกิดปัญหาแก่ครอบครัวและชุมชน และบอกได้ว่าตนเองต้องรับการรักษาโดยเฉพาะการรับประทานยารักษาโรคทางจิตเวช ที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์
ปัญหาที่ 4 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนอนไม่เป็นเวลาจากการใช้ยาเสพติดและวิตกกังวล แบบแผนที่ 5 ของกอร์ดอน การพักผ่อนนอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่าจะนอนไม่เป็นเวลาขึ้นอยู่กับการเสพยา เคยเสพยาติดต่อกันไม่ได้นอนเป็นเวลา 2 วัน เข้านอนประมาณ 22.00 น. – 06.00 น.หลับไม่สนิท บางคืนลุกขึ้นมาเดินไปเดินมาในบ้าน บางวันไม่ได้เสพยาบ้าจะรู้สึกขี้เกียจอยากนอนทั้งวัน O : ขณะเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยนอนทั้งวัน ไม่มีเอะอะโวยวาย บอกว่ามีหูแว่วเป็นบางครั้ง ไม่มีภาพหลอน **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ **เกณฑ์การประเมิน** นอนหลับได้ตามปกติ อย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าอกเข้าใจ ประเมินแบบแผนการนอน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย เนื่องจากการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายอาจเกิดความเครียด 2.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาเสพติดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำให้ศูนย์การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงไป 3. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene) เช่น - ตื่นนอนให้เป็นเวลา เข้านอนให้เป็นเวลาทุกวัน - ไม่ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงกายหรือหนักสมองก่อนเข้านอน - มีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น อ่านหนังสือเบา ๆ 10 นาทีก่อนเข้านอนสวดมนต์หรือนั่งสมาธิ - ถ้ากลับไปอยู่บ้าน งดกาแฟ ชา ก่อนเวลาเข้านอน 6 ชั่วโมงและงดสูบบุหรี่เมื่อเวลาเข้านอน - ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ - ไม่นอนหลับในช่วงกลางวันมากเกินไปเพราะจะทำให้ไม่ง่วงในตอนกลางคืน 4.ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้นอนไม่หลับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5.เมื่อให้การดูแลและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลข้างต้นแล้วไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา 6.ให้ยาตามแผนการรักษา 7.บันทึกการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง **ประเมินผลการพยาบาล** นอนหลับได้ตามปกติ นอนกลางคืนประมาณ 5 - 6 ชั่วโมง
ปัญหาที่ 5 ไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคติน **ข้อมูลสนับสนุน** S: ผู้ป่วยบอกว่า อยากสูบบุหรี่ O: ผู้ป่วยสูบบุหรี่มานาน 12 ปี สูบวันละ 5 มวน สูบครั้งสุดท้าย วันที่ 15 พฤษภาคม 2568 O: คะแนนระดับการติดนิโคติน = 1 คะแนน (ติดสารนิโคตินระดับต่ำ) O: ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ **วัตถุประสงค์** เพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคติน **เกณฑ์การประเมิน** อาการไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคตินลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.สังเกตและประเมินอาการขาดนิโคติน เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย 2.ให้ข้อมูลว่าโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพ 3.ให้การปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้หลัก **5A5R** คือ **5A** ได้แก่ Ask: สอบถามข้อมูลเบื้องต้นถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ Advice: ให้คำแนะนำถึงอันตราย ความเสี่ยง วิธีลดและเลิกบุหรี่ Assess: ประเมินว่าติดบุหรี่เพราะความเคยชินหรือติดจริง ควรบำบัดรักษาด้วยวิธีใด Assist: ช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา Arrange follow up: การติดตามผลทั้งระหว่างการรักษาและหลังการรักษา **5R** ได้แก่ Relevance: สร้างกิจกรรมเพื่อจูงใจเลิกบุหรี่ให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ Risks: ให้ข้อมูลเรื่องความเสี่ยงเพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายจากบุหรี่ Rewards: บอกข้อดีที่จะได้รับจากการเลิกบุหรี่ Road blocks: ลองค้นหาอุปกรณ์และปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ พร้อมให้คำ แนะนำ Repetition: ทำซ้ำ ๆ นัดให้มาบำบัดรักษาต่อเนื่องจนกว่าจะเห็นผล 4.ให้ข้อมูลโทษพิษภัยของบุหรี่ต่อร่างกาย เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคถุงลม โป่งพอง โรคมะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น 5.แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเย็น อาบน้ำ อมลูกอมหรือผลไม้รสเปรี้ยวเพื่อบรรเทาอาการอยากบุหรี่ 6.แนะนำให้ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากและฟัน โดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธีให้ช่องปาก สะอาด เพื่อลดอาการอยากบุหรี่ 7.ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ 8.ประเมินอาการไม่สุขสบายจากอาการขาดนิโคตินต่อเนื่องจนอาการทุเลา **การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเรื่องโทษพิษภัยจากบุหรี่ แต่ยังลังเลเรื่องการตัดสินใจเลิกบุหรี่ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ได้ 2.หลังแนะนำการดื่มน้ำบ่อย ๆ อมลูกอมเปรี้ยว ผู้ป่วยมีอาการอยากสูบบุหรี่ลดลงและหงุดหงิดลดลง
ปัญหาที่ 6 สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากข้อขัดแย้งกับมารดาเรื่องการใช้สารเสพติด อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพบพราว โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการหยั่งรู้	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการก้าวร้าวหวาดระแวงและวิธีจัดการกับอาการดังกล่าว

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งแก้ไขปัญหาได้ สามารถกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวได้ และมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่าการเป็นอยู่ในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ มารดาทำงานรับจ้างอยู่คนละบ้านระแวกเดียวกัน มารดาชอบเสียงดังเวลาพูดถึงเรื่องผู้ป่วยใช้ยาเสพติด O : ผู้ป่วยมักจะพูดถึงมารดาเรื่องคำพูดรุนแรง **วัตถุประสงค์** เพื่อให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม **เกณฑ์การประเมิน** 1.ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและพูดคุยกันดีขึ้น สีหน้าคลายกังวล 2. ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในครอบครัว	2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจกันและกระตุ้นการมีส่วนร่วมในครอบครัว 3.สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการ ทำความเข้าใจกับปัญหา และดูแลด้านจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม 4.สังเกตสีหน้าขอผู้ป่วยและญาติหลังให้คำปรึกษา และพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยและญาติ **ประเมินผลการพยาบาล** 1.มารดาโทรมาสอบถามติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ มีการวางแผนร่วมกับเครือข่ายและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2.ผู้ป่วยรู้สึกดีใจ สบายใจเมื่อรู้ว่าสามีจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และไปดูแลลูกช่วงเปิดเทอม 3.ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อครอบครัวมากขึ้น และสามารถบอกความรู้สึกหรือความต้องการของตนเองต่อมารดาได้ด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม 4.มารดายังวิตกกังวลเรื่องบุตรชายอีกคนที่เสพยาเสพติดไม่ยอมเข้าสู่ระบบการบำบัด วางแผนเครือข่ายช่วยเหลือ เฝ้าระวัง และปฏิบัติตามแนวทางนำส่งหากเกิดภาวะจิตเวชฉุกเฉิน
ปัญหาที่ 7 ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพบพราว ซึ่งประกอบด้วย ระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยการค้นหาแรงจูงใจของผู้ป่วย และระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี มีแนวคิดในการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน ต้องการอยู่บำบัดรักษาแค่ 2 สัปดาห์ O : stage of change = Contemplation (ลังเลใจ) **วัตถุประสงค์** เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาจนครบกำหนดในระยะ 4 เดือน **เกณฑ์การประเมิน** 1.ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาจนย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟู โดยใช้ matrix program บำบัดแบบผู้ป่วยนอก 2.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา ไม่ drop out 3.ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือผิดกฎระเบียบ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2.วางแผนบำบัดโดย matrix program เป็นเวลา 4 เดือน ในทุกวันศุกร์จำนวน 16 ครั้ง ทั้งตัวผู้ป่วยเอง สามี และน้องชายที่ใช้สารเสพติด 3.ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมแรงจูงใจ ให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดได้ครบ 4 เดือน 4.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล 5.ให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้นำชุมชนที่มีส่วนช่วยเหลือในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อชวนบำบัดยาเสพติด **ประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาในระยะถอนพิษยา 14 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน วางแผนฟื้นฟูต่อแบบผู้ป่วยนอกโดยประสานงานไปที่ศูนย์คัดกรองของตำบลหนองน้ำใสให้ร่วมบำบัดสลับกับทางโรงพยาบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ระยะทางไปกลับบ้าน-รพ.ประมาณ 80กม.) 2.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำรักษาในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล อารมณ์ไม่หงุดหงิด มีสมาธิดีขึ้น 3.ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี 4.บิดาและมารดาให้การสนับสนุนในการบำบัดของผู้ป่วยและสามีซึ่งทั้งสองคนยินยอมเข้ากระบวนการบำบัด ส่วนน้องชายผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ยังไม่สมัครใจมาบำบัด มารดายังไม่สามารถชวนมาบำบัดได้ ได้ประสานปลัดอำเภอขอความร่วมมือผู้ใหญ่บ้าน ช่วยสอดส่องดูแลพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด
ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา อยู่ในระยะสิ้นสุด (Interminate phase) ของทฤษฎีเพบพราว ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และมีความพร้อม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อน การให้ยาตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาได้ ซึ่งมีแรงจูงใจในการเลิกยา **ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่าใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุ 19 ปี โดยด้วยสาเหตุเพื่อนชวนและเรื่องงาน S : ผู้ป่วยบอกว่า เวลาหยุดใช้ยาเสพติดจะง่วงนอน ขี้เกียจ หากต้องการไปทำงานจึงต้องเสพยาบ้าเพื่อกระตุ้นตัวเองและสามีก็ใช้ O : ผลการประเมินด้วยแบบประเมินคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพ ติดของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 = 33 คะแนน แสดงว่า ผลอยู่ในระดับผู้ติดรุนแรง ทำให้มีความยากในการเลิกยาเสพติด O : จากการประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : อยู่ในขั้น ลังเลใจ (contemplation) **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและโรคสมองติดยา 2.เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม 3.เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด 2.ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง	2.ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด ยาบ้า โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม 3.ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดีและข้อเสียของการใช้ยาเสพติดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยเอง 4.สอนและฝึกหรือให้แสดงบทบาทสมมุติ ที่เกี่ยวกับทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่นทักษะปฏิเสธ การจัดการกับอารมณ์ และเทคนิคการคลายเครียดต่าง ๆ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับตนเอง 5.สอนวิธีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เช่น แนะนำผู้ป่วยทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วยบิดามารดาทำงานรับจ้าง หลีกเลี่ยงแหล่งขายยาเสพติด และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 6.กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางการเลิกยาเสพติด 7.ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง 8.กำหนดข้อตกลงของครอบครัวเรื่องการไม่เสพยาและการเข้าบำบัดต่อเนื่อง **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดได้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม และอาจจะเป็นโรคจิตเวชได้ สามารถเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียขณะเสพยาเสพติด และชีวิตในช่วงที่ปลอดยาเสพติดขณะนอนโรงพยาบาล 2.ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปเสพซ้ำได้ถูกต้อง หาที่ปรึกษาคือสามี กำหนดเป้าหมายคือครอบครัวปลอดสารเสพติด และเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับบุตร
ปัญหาที่ 9 เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย อยู่ในระยะสิ้นสุด (Interminate phase) ของทฤษฎีเพบพราว เป็นระยะที่ให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้าและอาจจะมีการสร้างเป้าหมาย เพื่อการรักษา การมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง และดำรงภาวะสุขภาพต่อไป **ข้อมูลสนับสนุน** S : ญาติสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน O : จากการสอบถามผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครอบคลุม **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน **เกณฑ์การประเมิน** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D METHOD D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สาเหตุ การป้องกันเสพซ้ำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M : Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง ในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย E : Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะ ทำให้กลับไปใช้ยา T : Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษายาเสพติด รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและการปรึกษา แพทย์ หรือการมาก่อนนัด H : Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากยาเสพติด O : Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง D : Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 2.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจคำแนะนำและมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ลงพื้นที่เตรียมชุมชน ได้ข้อสรุปคือ มารดาจะเป็นคนให้ผู้ป่วยรับประทานยา โดยทีม 3 หมอช่วยกำกับดูแลติดตามการรับประสานยา การติดตาม ฝ่ายปกครองวางแผนการเยี่ยมเสริมพลัง การสุ่มตรวจผู้ใช้สารเสพติด และวางแนวทางการส่งตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัด

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่นซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมโดยเฉพาะครอบครัว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ วางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่ตีตรา เข้าใจพยาธิสภาพของโรค กลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้าและปัญหาที่แท้จริง อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยรายนี้ใช้ยาบ้า มีอาการทางจิตเวช และมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง มีการประสานงานจากอสม.ในพื้นที่ประสานงานเพื่อขอนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยฝ่ายปกครองร่วมกับผู้ใหญ่บ้านเป็นคนนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล และเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 15พฤษภาคม 2568 อาการสำคัญคือ ถือมีดเดินไปเดินมา เอะอะอาละวาดทุบทำลายของ พูดคนเดียวก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจยอมรับการบำบัดรักษาตามแผน ในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่ว ประสาทหลอนได้รับการรักษาโดยได้ Antipsychotics Drug/ Antianxiety Drug พยาบาลจะต้องดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิด อุบัติเหตุ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ ให้เข้าใจ ยอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่รุนแรง ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในการดูแลระยะ Acute - Sub Acute care เป็นเวลา 14 วัน จนกระทั่งอาการทางยาเสพติดและอาการทางจิตทุเลา สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จึงวางจำหน่ายเพื่อเข้าสู่การฟื้นฟูโดยครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมวางแผนบำบัดโดยจิตสังคมบำบัด matrix program เป็นเวลา 4 เดือน ผู้ศึกษาและทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันวางแผนในการดูแล มีการประเมิน Stage of change อยู่ระยะลังเล (Contemplation) ให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา ให้กำลังใจ ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา การพามาติดตามการรักษาต่อตามนัด ตลอดจนช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเละเข้าร่วมกิจกรรมด้วยดี เช่น การเข้ากลุ่มสมองติดยา การฝึกสมาธิวาดรูป การทบทวนตัวกระตุ้นและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น เป็นต้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี มีสมาธิ ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ อยู่บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน รวมระยะเวลา 14 วัน หลังจำหน่ายมีการมาติดตามการรักษาแล้ว 1 ครั้ง มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Antipsychotics Drug มีอาการตัวแข็ง พูดช้า ปรึกษาเภสัชกรเรื่อง EPS และพบแพทย์เพื่อปรับยา ติดตามอาการต่อเนื่อง ผลการตรวจ stage of change : Action. ผลการตรวจหาสารเสพติด Urine

Amphetamine negative ทั้งผู้ป่วยและสามีนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาครอบครัว เสริมพลังในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ แนะนำญาติเกี่ยวกับช่องทางในการติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง[4,5]

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1.การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมโดยเฉพาะครอบครัว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ วางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ตีตราเข้าใจพยาธิสภาพของโรค กลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้าและปัญหาที่แท้จริง อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายุ่งยาก การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัด การประเมิน Stage of Change และการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผ่านกิจกรรมต่างๆจึงมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้

2.ผู้ป่วยรายนี้ มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์ พฤติกรรมรุนแรงต่อคนคนอื่น ทำลายของและมี
ภาวะแทรกซ้อนทางจิตคืออาการหวาดระแวง หูแว่วจากการเสพยาเสพติด มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ง่าย จึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในระยะถอนพิษยาเสพติด นอกจากการ

ดูแลใกล้ชิดแล้วควรให้ครอบครัวเข้าใจทำข้อตกลง และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง ต่อคนอื่น หรือทำลายสิ่งของ ซึ่งต้องได้ยาเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ควรพาผู้ป่วยมาตามนัด ติดตามดูแลอาการตามการนัดหมาย การติดยาหรือสารเสพติดเป็นภาวะการเกิดโรคที่เรื้อรัง และกลับเสพซ้ำได้จากสมองที่ยังไม่ฟื้นคืนเป็นปกติอันเป็นผลระยะยาวจากฤทธิ์ของสารโดยตรงต่อสมอง การติดตามผลต่อเนื่องมีความจำเป็นอย่างมากในการเฝ้าระวังการเสพซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด**. สมุทรสาคร: บริษัทบอร์นทูบีพับลิชชิ่ง จำกัด.
2. กรมสุขภาพจิต. (2556). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษาภูมิภาค กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **ชุดความรู้ อันตรายจากการใช้สารเสพติด** [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จากhttp://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/62/harm02.pdf.
4. พรศิริ พันธสี. (2557). **กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.** กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
5. บุญศิริ จันศิริมงคล. (บรรณาธิการ). (2555). **แนวปฏิบัติการดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ.** พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: ศิลักษณ์พริ้นติ้ง.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา

Factors Associated with Depression Among the Working-Age Population in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: June 23,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

จักรี สาริกานนท์[1]
Jakree Sariganont

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกให้คำปรึกษาแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 มกราคม 2568 จำนวน 275 คน เครื่องมือโดยใช้แบบสอบถามเก็บอมูล ได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความเครียดจากการทำงาน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 9Q วิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างด้วย ไคสแควร์ และฟิสเชอร์ หาปัจจัยโดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติค

ผลการวิจัย : จากกลุ่มตัวอย่าง 275 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.81 อายุเฉลี่ย 42.98 สถานภาพการสมรส คู่ ร้อยละ 77.81 ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.45 การประกอบอาชีพ ในสายการผลิต ร้อยละ 69.91 ความเพียงพอของรายได้ ไม่เพียงพอ ร้อยละ 69.09 พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าจำนวน 74 คน ร้อยละ 26.91 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง อายุ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการสมรส หม้าย/หย่า/แยก การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม
คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, วัยทำงาน

Abstract

This study was survey study aimed to study the factors associated with depression among the working-age population in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The sample consisted of 275 working-age individuals who sought counseling services at the psychiatric outpatient clinic of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital between December 1, 2024, and January 30, 2025. Data were collected using a questionnaire covering personal characteristics, work-related stress, perceived social support, and the 9Q depression screening questionnaire. Descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and logistic regression were used for data analysis.

Results: Among the 275 participants, the majority were female (69.81%), with an average age of 42.98 years. Most were married (77.81%) and had completed upper secondary education (48%). A large proportion had no chronic illness (81.45%) and worked in the manufacturing sector (69.91%). Most reported insufficient income (69.09%). The prevalence of depression was found in 74 individuals (26.91%). Statistically significant factors associated with depression among the working-age population in Phra Nakhon Si Ayutthaya District included female gender, age, insufficient income, marital status (widowed/divorced/separated), and perceived social support.
Keywords: Depression, Working-age population

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและส่งผลร้ายแรงต่อประชากรโลก โดยส่วนหนึ่งมาจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจที่มีความกดดันจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการใช้เทคโนโลยีอย่างไม่เหมาะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก[1] มีประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 4 หรือมากกว่า 300 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้า โดยจากสถิติของอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าของประชากรโลกในระยะเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ[2] และจากสถิติยังพบอีกว่า ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีอัตราการสูญเสียอันเนื่องมาจากภาระโรคที่เกิดขึ้นมาจากโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือมากกว่าร้อยละ 80 ในแง่ของความสูญเสียต่อเศรษฐกิจนั้น จาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในปี พ.ศ. 2553 โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 มูลค่าของความสูญเสียต่อเศรษฐกิจจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือเป็นจำนวนมากกว่า 2 เท่าในอีก 10 ปีข้างหน้านี้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลกที่ไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลเสียในระดับสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย

สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ สถิติโรคซึมเศร้าหรือคนที่มีภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน พบว่ามีประมาณ 9 แสนคน[3] ซึ่งจำนวนนี้อาจจะไม่ครอบคลุมถึงคนไทยที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้มารับการคัดกรองหรือบำบัดรักษาในสถานบริการสุขภาพ และจากการสำรวจอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่รุนแรงและมีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าอย่างสำคัญ พบว่าในแต่ละปีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 53,000 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน และโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน และจากการสำรวจสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีจำนวน 4,131 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงถึง 4 เท่าตัว เป็นกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยย้อนหลังในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีอัตราคงเดิมคืออยู่ในช่วง 6 – 6.5 คนต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2564) จึงเห็นได้ว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในประชากรไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงาน

ปัจจุบันการคัดกรองภาวะซึมเศร้ายังไม่ได้มุ่งเน้นที่กลุ่มวัยทำงาน การคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ผ่านมามุ่งเน้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน 4 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยจำนวนไม่มากนักที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงาน และงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่อุตสาหกรรม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีอย่างมาก ดังนั้นจึงทำให้ขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงาน แต่หากวัยทำงานกลุ่มนี้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรค ซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น การฆ่าตัวตายสำเร็จ ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวกลุ่มวัยทำงานและต่อสังคมไทยด้วย เช่น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เกิดความสูญเสียทางสุขภาพและต่อเศรษฐกิจ ตลอดจนอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคลที่อยู่รอบข้างได้

จากสถิติโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรค

ซึมเศร้าจำนวน 3,743 คน, 1,758 คน และ 1,633 คน ตามลำดับ เป็นกลุ่มวัยทำงานจำนวน 438 คน, 245 คน และ 227 คน ตามลำดับ ซึ่งในกลุ่มนี้พบอัตราการคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.79, 7.75 และ 8.31 ตามลำดับ[4] ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 0.89, 0.78 และ 0.95 ตามลำดับ ด้วยเหตุและผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมากและรวดเร็ว และด้วยลักษณะงานรวมถึงการแข่งขันในการประกอบอาชีพ สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา รวมทั้งทราบถึงปัจจัยส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรทีมสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มนี้ เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม สุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกให้คำปรึกษาแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 มกราคม 2568 จำนวน 957 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกให้คำปรึกษาแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 มกราคม 2568 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. อ่านออก เขียนภาษาไทยได้
3. ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้สูตรคำนวร (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2551)

$$n = \frac{X^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

X^2 = 3.84 คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 957 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 คน สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล Hospital Information System (HIS) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน 275 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกและแบบสอบถาม

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ โรคและการเจ็บป่วย
2. แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนการประเมินค่าของ Rating Scale ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์การเลือกคำตอบจำนวน 5 ระดับ

3. แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนการประเมินค่าของ Rating Scale ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์การเลือกคำตอบจำนวน 5 ระดับ

4. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 9Q

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปจะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Chi square test กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$

การหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยาใช้สถิติวิเคราะห์ ทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) เพื่อทดสอบความอิสระต่อกันของตัวแปร จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 192 คน ร้อยละ 69.81 อายุเฉลี่ย 42.98 สถานภาพการสมรส คู่ จำนวน 214 คน ร้อยละ 77.81 ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 132 คน ร้อยละ 48 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 81.45 การประกอบอาชีพ ในสายการผลิตจำนวน 184 คน ร้อยละ 69.91 ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 190 คน ร้อยละ 69.09

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าจำนวน 74 คน ร้อยละ 26.91 ส่วนผู้ที่ถูกคัดกรองและพบว่าภาวะซึมเศร้าจำแนกตามความรุนแรงส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 60 คน ร้อยละ 81.08 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 13 คน ร้อยละ 17.56 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 1 ราย ร้อยละ 1.36 (ตารางที่ 1)

จากการประเมินระดับความเครียดจากการทำงานส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (17.09±1.98) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย (24.93±2.07) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง อายุ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการสมรส หม้าย/หย่า/แยก การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา (N=275)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	201	73.09
มีภาวะซึมเศร้า	74	26.91
ระดับน้อย	60	81.08
ระดับปานกลาง	13	17.56
ระดับมาก	1	1.36
Mean 11.24 SD 2.27		

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดจากการทำงาน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (N=275)

ประเด็น	mean	SD	ระดับ
ความเครียดจากการทำงาน	17.09	1.98	ระดับปานกลาง
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	24.93	2.07	ระดับน้อย

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	Odd ratio	95%CI	P-value
เพศหญิง	2.39	1.273-9.638	0.001*
อายุ	3.01	1.986-12.357	0.008*
ความเพียงพอของรายได้	5.69	2.038-22.139	0.037*
สถานภาพการสมรส หม้าย/หย่า/แยก	4.37	1.980-11.396	0.000*
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	3.28	2.007-10.872	0.001*

* p-value < 0.05 (Nagelkerke R^2=0.427, Over percentage correct 71.38%)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่า จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าจำนวน 74 คน ร้อยละ 26.91 โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าวัยทำงานอำเภอพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ เพศหญิง อายุ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการสมรส หม้าย/หย่า/แยก การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่า **เพศหญิง** มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมักถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลที่อ่อนแอ ส่วนเพศชายจะต้องเข้มแข็งและมีความสามารถมากกว่าหญิง เพศหญิงเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงวิลัย นาคพลกรัง[5] โดยผู้หญิงมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย **อายุ** ช่วงกลุ่มวัยทำงานซึ่งมีอายุ 19-59 ปี พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกช่วงอายุ ซึ่งในแต่ละช่วงอายุจะมีเหตุผลที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน กล่าวคือการมีบริบทและการดำเนินชีวิตที่แตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เอกวรางกูร และอุ่นจิตร คุณารักษ์[6] นอกจากนี้ ชนัดดา แนบเกสร[7] ได้กล่าวไว้ว่าโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มักจะเริ่มแสดงอาการในช่วงอายุระหว่าง 20-50 ปี และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า อายุที่เริ่มมีอาการซึมเศร้าและระยะเวลาการดำเนินโรคจะส่งผลตามการเพิ่มขึ้นของอายุและอาจเกิดความรุนแรงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น **สถานภาพการสมรส หม้าย/หย่า/แยก** จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง เนื่องจากสถานภาพหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ รวมทั้งในบุคคลที่ขาดเพื่อนสนิทหรือคนใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคู่สมรสที่ปัญหา ทะเลาะเบาะแว้ง มีความขัดแย้งกัน เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนัดดา แนบเกษร และ เพียงวิลัย นาคพลกรัง **ความเพียงพอของรายได้** เนื่องจากมีรายรับไม่เพียงพอกับรายจ่าย จนเกิดความเครียดและก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยเฉพาะการศึกษานี้จะพบว่าวัยทำงานส่วนใหญ่จะเป็นสายงานฝ่ายผลิต บางโรงงานลดการผลิตลงส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ตามมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย อิทธิพล พลเยี่ยม และคณะ[8] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาคม บุญเลิศ[9] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเพียงพอของรายได้ และสอดคล้องกับงานวิจัย อารีย์ สงวนชื่อ และคณะ[10] ได้ศึกษาความชุกและปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวังน้อยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การศึกษาพบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ **การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม** อาจเนื่องจากการอยู่อาศัยในครอบครัวที่สัมพันธภาพไม่ดี อีกทั้งครอบครัวขยายยังประกอบด้วยคนหลาย กลุ่มวัย อาจทำให้มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน กิจกรรมที่สนใจไม่เหมือนกัน ย่อมทำให้เกิดความขัดแย้งเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่ายิ่งจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนมาก ภาระหน้าที่ก็มากขึ้น จึงทำให้เกิดความกดดันมากกว่าจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ส่วนหนึ่งเป็นผู้หารายได้หลักขาดผู้แบ่งเบาภาระ ขาดที่ปรึกษา รวมทั้งความถี่ในการเข้าสังคมน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยในประเทศไทย และต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ยังไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม ดังนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุขควรตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ และเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรกของการรักษาทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและในโรงพยาบาล ด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยเร็วที่สุดและเมื่อพบว่ามีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นก็ควรให้การช่วยเหลือโดยเร็วที่สุดตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษาถ้าอยู่ในระยะที่รุนแรงให้พิจารณาส่งต่อให้จิตแพทย์เพื่อจะได้ให้การรักษาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การใช้สารเสพติดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression.(2020). [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ depression
2. World Health Organization.(2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. [Internet]. 2017. Available from: https://iris.who.int /bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf
3. กรมสุขภาพจิต.(2564). สถานการณ์โรคซึมเศร้า 2564. https://www.dmh-elibrary.org/items/show/365
4. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนครศรอยุธยา.(2565). สถิติโรคไม่ติดต่อ 2564-2565. โรงพยาบาลพระนครศรอยุธยา.
5. เพียงวิลัย นาคพลกรัง.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงานของประชาชนของชนเผ่าปากะญอในพื้นที่บ้านหนองบัว ตำบลแม่อุสุ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/ academic/web/files /2567/r2r/MA2567-005-02-0000000797-0000001670.pdf
6. สายฝน เอกวรางกูร และอุ่นจิตร คุณารักษ์.(2558). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และ ศิลป์สู่การฏิบัติ . โรงพิมพ์ไทม์พริ้นติ้ง.
7. ชนัดดา แนบเกษร.(2566). ภาวะซึมเศร้า: พยาธิสภาพและการพยาบาล. ชลบุรีการพิมพ์.
8. อิทธิพล พลเยี่ยม และคณะ.(2557). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทีเจ็บป่วยด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด . การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 15: The 15th Graduate Research Conferences (2014): บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. อาคม บุญเลิศ.(2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขต รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสารปีที่, 2559 31,(1)
10. อารีย์ สงวนชื่อ และคณะ.(2560). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวังน้อยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. 2560,14 (2)

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

การพัฒนาระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Treatment System Development for Obstructive Sleep Apnea at Khiensa Hospital, Surat Thani Province.

(Received: June 23,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ศุภัช จันทร์ถมยา[1]
Supach Janthomya [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์: 1) เพื่อพัฒนาระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น 2) ศึกษาประสิทธิผลระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และ 3) ศึกษาความสามารถในการเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจต่อระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจจากการอุดกั้น โรงพยาบาลเคียนซา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) บุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลเคียนซา ประกอบด้วย แพทย์ (3 คน) พยาบาลวิชาชีพ (4 คน) และ 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ จำนวน 40 คน เลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม ระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับที่พัฒนา แบบสอบถามการใช้ระบบการให้บริการรักษาพยาบาล แบบบันทึกดัชนีการหยุดหายใจ และเครื่องอัดแรงดันอากาศแรงดันบวก (CPAP) การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการโดยการพัฒนาระบบ 3) การสังเกตการณ์โดยนำระบบไปใช้ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 8 มกราคม 2568 ถึง 28 พฤษภาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบทีคู่

ผลการวิจัย: ระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับที่พัฒนา ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) การคัดกรองเบื้องต้น 2) การตรวจวินิจฉัย 3) การรักษา และ 4) การติดตามและประเมินผล ทั้งนี้ ระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่พัฒนา ทำให้ผู้ป่วยมีการหยุดหายใจขณะหลับน้อยลง และมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ในระดับปานกลาง น้อย และมาก ร้อยละ 65.0, 27.5 และ 7.5 ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.5

คำสำคัญ: การรักษา, การหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกลั้น, การเข้าถึงบริการ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This study was action research aimed to develop a treatment system for obstructive sleep apnea, 2) Study the effectiveness of the treatment system for obstructive sleep apnea, and 3) Study of accessibility and satisfaction with the obstructive apnea treatment system, Khiensa Hospital. The participants consisted of 1) Medical personnel at Khiensa Hospital include doctors (3 people), professional nurses (4 people) and 2) 40 patients with obstructive sleep apnea. Participants were selected according to the inclusion criteria. The research instruments included focus group discussion guidelines, the treatment system development for obstructive sleep apnea, questionnaire on the use of healthcare service system, apnea index record form, and continuous positive airway pressure machines. The research was divided into 4 stages: 1) Planning, 2) Implementing through system development, 3) Observing through system application, and 4) Reflecting on the implementation outcomes. Data were collected between January 8, 2025 and May 28, 2025, and analyzed by descriptive statistics and paired sample t-test.

Results: The development of sleep apnea treatment service system consisted of 4 parts: 1) Initial screening, 2) Diagnosis, 3) Treatment, and 4) Monitoring and evaluation. In addition, the development of

[1] พ.บ. อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

sleep apnea treatment system had resulted in fewer sleep apneas for patients, and had significantly better sleep quality (p-value < 0.001). Patients were able to access treatment services for obstructive sleep apnea at moderate, mild, and high levels of 65.0, 27.5, and 7.5 percent, respectively. Most of them had moderate satisfaction, 82.5 percent.

Keywords: Treatment, obstructive sleep apnea, access to services, community hospital

บทนำ

การนอนไม่หลับ เป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนทั่วโลก รวมถึงคนไทย โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นปัญหาที่พบได้ในทุกเพศ ทุกวัย[1] การนอนหลับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ โดยปกติแล้วมนุษย์ใช้เวลาถึง 1 ใน 3 ของชีวิตไปกับการนอนหลับ หรือเฉลี่ยอยู่ที่มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน[(2)] การอดนอนเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดในสมอง โรคซึมเศร้า มีภาวะอ้วน และเสี่ยงต่อเบาหวาน รวมไปถึงความจำ และสมาธิที่แย่ลง ภูมิคุ้มกันลดลง อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียส่งผลต่อประสิทธิภาพ การทำงานที่ลดลง และอุบัติเหตุที่อาจเกิดเพิ่มขึ้น การนอนหลับที่ไม่ดีเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม หรือการนอนกรน หรือโรคจากการนอนหลับต่างๆ [3] คุณภาพการนอนหลับถือเป็นโครงสร้างทางคลินิกที่สำคัญ เนื่องจากการนอนหลับที่ไม่ดีและมีผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน [4] ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งมีอาการนอนกรนและ/หรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นร่วมด้วย จำเป็นที่ต้องให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม [5]

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น หรือ Obstructive Sleep Apnea (OSA) เป็นภาวะที่เกิดจากการยุบตัวของทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้ลมหายใจลดลงหรือขาดหายเป็นระยะๆ เกิดการหายใจแผ่วลง (Hypopnea) หรือหยุดหายใจ (Apnea) มีผลทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง และกระตุ้นให้สมองตื่นตัว ไม่สามารถนอนหลับต่อเนื่องได้ตามปกติ [6] ผู้ป่วยจะมีคั่งของน้ำและการขยายของหลอดเลือดบริเวณคอ จากการที่มีการไหลย้อนกลับของน้ำและเลือดจากอวัยวะส่วนปลายในเวลานอนหลับตอนกลางคืน ทำให้เกิดการบวมของเนื้อเยื่อรอบ ๆ คอหอยและมีการเพิ่มขึ้นของแรงดันรอบ ๆ บริเวณนั้น ซึ่งส่งผลให้เกิดเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ [7] การเกิดการหยุดหายใจชั่วขณะ มักพบอาการในผู้ที่มีอาการนอนกรน ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงการอุดกั้นในทางเดินหายใจส่วนบน[8] และอาจพบอาการแสดงที่บ่งถึงการนอนหลับไม่สนิท เช่น มีการสะดุ้งตื่นเป็นช่วงๆ หายใจสะดุด หรือสำลักร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงซึมระหว่างวัน อ่อนเพลียมากผิดปกติ ไม่สดชื่น เหมือนนอนไม่อิ่ม มึนศีรษะ หงุดหงิดง่าย ความจำไม่ดี ซึ่งอาการเหล่านี้อาจมีมากน้อยแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น นี้จะส่งผลกระทบที่สำคัญต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[9] เพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางยานพาหนะหรือจากการทำงาน คุณภาพชีวิตลดลง โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมองเสื่อม เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ[10] เกิดภาวะซึมเศร้า ปัญหาครอบครัว อัมพฤกษ์ อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เป็นต้น[11]

ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์การนอนหลับ เพื่อวินิจฉัยภาวะนี้ที่เป็นมาตรฐาน คือ Polysomnography โดยสามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็นระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง แต่ในหลายๆประเทศ รวมถึงประเทศไทย มีโรงพยาบาลที่สามารถตรวจวิเคราะห์การนอนหลับ และให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นได้จำนวนจำกัด [12] โดยประเทศไทยจะจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป ในโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้จัด

ให้บริการดังกล่าว ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีการให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนประจำอำเภอ จำนวน 723 โรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีความชุกของผู้มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นจำนวนมาก และมีผลกระทบที่เกิดขึ้นต่าง ๆ มากมาย ถ้าสามารถขยายบริการดังกล่าวได้ ก็จะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนในชนบทเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้กำหนดว่า มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง[13]

โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ได้เห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ในการให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนในชนบทให้เท่าเทียมกับประชาชนในเมือง จึงได้พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นขึ้น ซึ่งต้องมีการจัดระบบการดูแลรักษา โดยมีแพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิกวิทยา (Otolaryngology) เป็นผู้วินิจฉัย / ให้คำปรึกษา นอกจากนี้ ต้องเชื่อมโยงกับบริษัทที่รับการตรวจวิเคราะห์การนอนหลับ และขายเครื่องอัดแรงดันอากาศแรงดันบวก (CPAP : Continuous Positive Airway Pressure) เป็นเครื่องที่ใช้ในการรักษาผู้ที่นอนกรน หรือมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และทางโรงพยาบาลต้องจัดให้มีบุคลากรผู้ให้บริการ / ประสานงาน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยในชนบทที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ไม่แตกต่างจากคนในเมือง เกิดคุณภาพการนอนที่ดี ลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางยานพาหนะหรือจากการทำงาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมองเสื่อม เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรงพยาบาลเคียนซา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรงพยาบาลเคียนซา
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจจากการอุดกั้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการตามหลักการ PAOR 4 ขั้นตอน[14] ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ดำเนินการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และวางแผนแก้ไขปัญหาในการให้บริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) แพทย์ และพยาบาล โรงพยาบาลเคียนซา เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการป่วย และการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และแนวทางการจัดระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ซึ่งเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นแพทย์ และพยาบาล โรงพยาบาลเคียนซา ซึ่งทางโรงพยาบาลวางแผนไว้ว่าจะเป็นผู้ให้บริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และยินดีร่วมมือในการดำเนินการค้นหาปัญหา วิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น มีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถอยู่ร่วมสนทนากลุ่ม และพัฒนาการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นได้ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ (3 คน) พยาบาลวิชาชีพ (4 คน) รวมทั้งสิ้น 7 คน เครื่องมือการวิจัย เป็นแนวคำถามแบบกึ่ง

โครงสร้าง เกี่ยวกับสภาพปัญหาการป่วย และการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และการจัดระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (OSA) คือ 1) การคัดกรองเบื้องต้น 2) การตรวจวินิจฉัย 3) การรักษา 4) การติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการพัฒนาการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรงพยาบาลเคียนซา โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาประชุมระดมสมอง เพื่อระบุกิจกรรมตามแนวทางในการดำเนินการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่กำหนด ซึ่งได้ดำเนินการโดยแพทย์และพยาบาลในการดำเนินการชุดเดียวกับการวางแผนในขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) ดำเนินการนำระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่พัฒนาไปใช้ และประเมินระบบด้วยการศึกษาประสิทธิผลระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ซึ่งพิจารณาจากค่าดัชนีการหยุดหายใจ และคุณภาพการนอนหลับ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นระดับปานกลาง (AHI 15-30 ครั้ง/ชั่วโมง) หรือระดับรุนแรง (AHI > 30 ครั้ง/ชั่วโมง) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.90 ระดับ significance 0.05 ขนาดอิทธิพล 0.45 [15] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 4 คน เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการนอนกรน และอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ง่วงซึมระหว่างวัน หายใจสะดุดหรือสะดุ้งตื่นระหว่างนอน มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นระดับปานกลาง (AHI 15-30 ครั้ง/ชั่วโมง) หรือระดับรุนแรง (AHI > 30 ครั้ง/ชั่วโมง) และยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการประเมินภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด และไม่สามารถใช้เครื่องอัดแรงดันอากาศแรงดันบวก: CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) ระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่พัฒนา 2) แบบสอบถามการใช้ระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะการนอนกรน / อาการที่เกี่ยวข้อง ความง่วงขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถในการเข้าถึงบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และความพึงพอใจต่อการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น 3) แบบบันทึกดัชนีการหยุดหายใจ และ 4) เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) ทั้งนี้ เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence, IOC) = .94 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดความสามารถในการเข้าถึงบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น = .78 แบบวัดความพึงพอใจต่อการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น = .72

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะที่ผ่านการอบรมแล้ว

เก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับ ดังนี้

ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการศึกษา ในวันที่ 8 มกราคม 2568 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2568

ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลภายหลังการดำเนินการครบ 3 เดือน ในวันที่ 8 เมษายน 2568 – 28 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พิจารณา และได้ผ่านการรับรองตามหนังสือ COA 004/2568 ลงวันที่ 7 มกราคม 2568 พร้อมทั้งได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัด

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาประสิทธิผลระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับ มาวิเคราะห์กระบวนการ ผลการปฏิบัติในการดำเนินการตามระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับตามที่วางแผนไว้ รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และสรุป แล้วนำเสนอระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับ แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเคียนซา และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น เพื่อให้ความเห็น ข้อเสนอแนะพิจารณาใช้และขยายการใช้ระบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับที่ได้พัฒนาขึ้น ให้แพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเคียนซา และโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ใช้ต่อไป

ผลการศึกษา

1. ระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น มีรายละเอียดของระบบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองเบื้องต้น

1. การคัดกรองโดยพยาบาลหรือแพทย์

1.1 สอบถามประวัติการนอนกรนและอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ง่วงซึมระหว่างวัน หายใจสะดุด หรือสะดุ้งตื่นระหว่างนอน

1.2 ประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ความยาวรอบคอ รอบเอว และประวัติครอบครัว เป็นต้น

2. การใช้แบบสอบถามประเมินความง่วง (Epworth Sleepiness Scale) เพื่อประเมินความง่วงของผู้ป่วย

3. นัดการตรวจประเมินซ้ำโดยแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะถูกส่ง ตรวจประเมิน ซ้ำโดยแพทย์เฉพาะทาง โสต ศอนาสิกวิทยา (Otolaryngologist) ก่อนส่งตรวจ Polysomnography (PSG)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจวินิจฉัย

1. การตรวจ Polysomnography (PSG): โดยส่งผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินซ้ำจากแพทย์ เฉพาะทางไปตรวจ PSG เพื่อวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจขณะหลับ Type 1 ทั้งนี้ การตรวจ PSG ประกอบด้วย การตรวจวัดการทำงานของสมอง (EEG) การเคลื่อนไหวของลูกตา (EOG) การทำงานของกล้ามเนื้อ (EMG) การวัดระดับออกซิเจนในเลือด (SpO2) การตรวจการไหลของลมหายใจ และการตรวจ วัดการเต้นของหัวใจ (ECG)

2. การวิเคราะห์ผลการตรวจ PSG โดยแพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิกวิทยา (Otolaryngologist) ทำการวิเคราะห์ผลการตรวจและวินิจฉัยระดับความรุนแรงของ OSA (น้อย ปานกลาง รุนแรง)

ขั้นตอนที่ 3 การรักษา ให้พิจารณาดำเนินการ ดังนี้

1. การใช้เครื่องอัดแรงดันอากาศแรงดันบวก (Continuous Positive Airway Pressure: CPAP)

1.1 สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ OSA ระดับปานกลาง (AHI 5-14.9 ครั้ง/ชั่วโมง) ถึงรุนแรง (AHI 15-

30 ครั้ง/ชั่วโมง) แนะนำให้ใช้เครื่อง CPAP ในการรักษา

1.2 สอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้งานและการดูแลรักษาเครื่อง CPAP

2. การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ:

2.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ CPAP ได้ อาจพิจารณาการรักษาด้วยอุปกรณ์ ช่วยหายใจแบบอื่น หรือการผ่าตัด (ตามคำแนะนำของแพทย์เฉพาะทาง)

2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดน้ำหนัก เลิกสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการดื่ม แอลกอฮอล์ และการปรับท่านอน สำหรับผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นระดับเล็กน้อยระดับเล็กน้อย (AHI 5-14.9 ครั้ง/ชั่วโมง) ระดับปานกลาง และรุนแรง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล

1. การติดตามผลการรักษา:

1.1 นัดติดตามผลในช่วง 3 เดือนแรก เพื่อประเมินการใช้เครื่อง CPAP และความ พึงพอใจของผู้ป่วย

1.2 ติดตามระดับออกซิเจนในเลือด และการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกี่ยวข้อง

2. การประเมินคุณภาพการนอนหลับ: ใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index : T-PSQI) (16)

3. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุน:

3.1 ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3.2 จัดกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วย OSA เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการดูแล

2. ประสิทธิผลระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

ลักษณะส่วนบุคคล และปัญหาสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 มีอายุกระจายในทุกกลุ่มอายุ ที่ใกล้เคียงกัน โดยพบมากในกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 32.5 อายุเฉลี่ย 50.7 ปี อายุน้อยสุด 30 ปี มากสุด 74 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.5 พบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม/ทำสวน ร้อยละ 27.5 และ 27.5 ตามลำดับ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ และประกันสังคม ร้อยละ 45.0 และ 32.5 กลุ่มตัวอย่าง พบมากกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ หรือไซนัสอักเสบ หรือหอบหืด)และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 65.0 และ 50.0 ตามลำดับ มีการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.0 และ 50.0 รับประทานยานอนหลับเป็นประจำเพียงร้อยละ 15.0 ทั้งนี้ มีญาติพี่น้องในครอบครัวนอนกรน ร้อยละ 35.0

ลักษณะอาการนอนกรน / อาการที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะอาการนอนกรน / อาการที่เกี่ยวข้อง ที่พบมากกว่าร้อยละ 60.0 คือ การนอนกรนหรือหายใจเสียงดังเป็นประจำ (มากกว่า 3 คืน/สัปดาห์) ร้อยละ 87.5 รองลงมาคือ มีผู้สังเกตว่าขณะหลับมีการหยุดหายใจเป็นช่วงๆ มีอาการไม่สดชื่นแจ่มใสหลังตื่นนอนตอนเช้า คล้ายนอนหลับไม่เต็มอิ่ม มีอาการหายใจขัด สำลัก หรือหายใจเฮือกอย่างแรงเหมือนขาดอากาศในระหว่างการนอน ง่วงนอนมากในตอนกลางวันทำให้เกิดปัญหาในการทำงาน/ เกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์/อุบัติเหตุจากการทำงาน มีอาการหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียง่าย และการนอนกรนมีผลกระทบต่อผู้นอน (สามีหรือภรรยา) เพื่อนร่วมงานหรือบุคคลที่อยู่ในบ้าน ร้อยละ 80.0, 80.0, 75.0, 75.0, 65.0 และ 62.5 ตามลำดับ ส่วนการมีสมาธิ ความจำ หรือการใช้สมองที่แย่ลง ทำให้ความสามารถในการทำงานหรือการเรียนลดน้อยลง มีอาการสะดุ้งตื่นหรือพลิกตัว เพราะรู้สึกหายใจไม่ออกในระหว่างการนอนบ่อย และมีท่านอนที่ผิดปกติ เช่น ชอบนอนท่านั่งหรือนอนคว่ำ พบน้อยกว่า ร้อยละ 60.0

ความง่วงขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความง่วงมากขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ร้อยละ 45.2 รองลงมา คือ ง่วงปานกลาง ง่วงเล็กน้อย และง่วงมากอย่างรุนแรง ร้อยละ 42.5,

10.0 และ 2.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความง่วงขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละประเด็น พบว่า ง่วงมากขณะขับรถยนต์ที่หยุดชั่วคราว ร้อยละ 42.5 รองลงมา ง่วงมากขณะนั่งพักหลังอาหารกลางวัน (โดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์) ขณะนั่งอ่านหนังสือ ขณะโดยสารรถยนต์หรือรถไฟเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ขณะนอนพักช่วงบ่ายเมื่อมีโอกาส ขณะดูโทรทัศน์ ขณะนั่งพูดคุยกับผู้อื่น และเมื่ออยู่เฉยๆ หรือฟังบรรยาย พบว่าง่วงมาก ร้อยละ 40.0, 37.5, 37.5, 35.0, 35.0 และ 30.0 ตามลำดับ

ประสิทธิผลระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ได้ศึกษาประสิทธิผลในเรื่องดัชนีการหยุดหายใจขณะหลับ (Apnea-Hypopnea Index [AHI]) และคุณภาพการนอนหลับ โดยการเปรียบเทียบดัชนีการหยุดหายใจขณะหลับ และคุณภาพการนอนหลับ ก่อนกับหลังการทดลอง (การใช้ระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับ) พบว่า ก่อนการใช้ระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีการหยุดหายใจขณะหลับ 23.3 คะแนน และมีคุณภาพการนอนหลับ 14.5 คะแนน หลังการใช้ระบบดังกล่าว มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีการหยุดหายใจขณะหลับ 7.1 คะแนน และมีคุณภาพการนอนหลับ 13.2 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า เมื่อใช้ระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ทำให้ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีการหยุดหายใจขณะหลับน้อยลง และมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบดัชนีการหยุดหายใจขณะหลับ และคุณภาพการนอนหลับ ก่อนกับหลังการทดลอง

รายการ	n	$\overline{X}$	SD	t-value	df	p-value
ดัชนีการหยุดหายใจขณะหลับ: AHI (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	40	23.3	14.0	10.080	39	<0.001
หลังการทดลอง	40	7.1	5.3			
คุณภาพการนอนหลับ (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	40	14.5	2.5	9.198	39	<0.001
หลังการทดลอง	40	13.2	2.5			

3. ความสามารถในการเข้าถึงบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และความพึงพอใจต่อการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

ความสามารถในการเข้าถึงบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น พบว่า ในการรับบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าถึงบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ในระดับปานกลาง และน้อย ร้อยละ 65.0 และ 27.5 ทั้งนี้ มีความสามารถในระดับมากเพียงร้อยละ 7.5 เท่านั้น (รายละเอียดดังตารางที่ 2) โดยในการเข้าถึงบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล มีความลำบากในการไปรับบริการ ใช้เวลาในการเดินทางไปรับบริการ มีความยุ่งยากต่อขั้นตอนต่าง ๆ ในการรับบริการ ใช้เวลาในการรอคอยรับบริการนาน ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 57.5 -67.5 และสะดวกที่มารับบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ที่โรงพยาบาลเคียนซา มากกว่าที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 62.5

ความพึงพอใจต่อการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.5 มีความพึงพอใจใน

ระดับปานกลาง รองลงมามีความพึงพอใจในระดับมาก และน้อย ร้อยละ 15.0 และ 2.5 (รายละเอียดดังตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ในแต่ละประเด็น พบมีความพึงพอใจมาก มากกว่าร้อยละ 50.0 ในเรื่องการเอาใจใส่ในการให้บริการของผู้ให้บริการ (ร้อยละ 55.0) ส่วนในเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ ความสะดวกรวดเร็วและขั้นตอนการเข้ารับบริการ อัธยาศัยไมตรี และความเต็มใจในการให้บริการของผู้ให้บริการ การให้บริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาการนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ขั้นตอนต่าง ๆ ในการให้บริการ อุปกรณ์ เครื่องมือในการให้บริการ การแจ้งผลที่เกิดขึ้นจากการตรวจการนอนหลับ ระยะเวลารอคอยต่อการรับบริการตั้งแต่การตรวจรักษาจนถึงการได้รับเครื่องอัดแรงดันอากาศผ่านทางจมูกหรือปากขณะหายใจเข้า การประชาสัมพันธ์ต่อการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับของโรงพยาบาลเคียนซา และการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำจากการให้บริการ มีความพึงพอใจมากน้อยกว่าร้อยละ 50.0

4. การวิเคราะห์กระบวนการ และผลการปฏิบัติในการนำไปใช้

จากการวิเคราะห์กระบวนการนำระบบไปใช้ในโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระบบดังกล่าวนี้สามารถปฏิบัติได้ และเกิดประสิทธิผลที่ดี คือ ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีการหยุดหายใจขณะหลับน้อยลง และมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าว ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลในระดับปานกลาง เพราะอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล มีความลำบากในการไปรับบริการ ใช้เวลาในการเดินทางไปรับบริการ มีความยุ่งยากต่อขั้นตอนต่าง ๆ ในการรับบริการ และใช้เวลาในการรอคอยรับบริการนานในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวสะดวกที่มารับบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับที่โรงพยาบาลเคียนซา มากกว่าที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในระดับปานกลางถึงมาก ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจไม่มากนัก โรงพยาบาลจะต้องพิจารณาปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป

จุดเด่น คือ เป็นการให้บริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชนน้อยมากที่ให้บริการ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ชนบทเข้าถึงบริการได้เท่าเทียมกับประชาชนในเมือง แต่ทั้งนี้ ต้องมีการจัดระบบการให้บริการให้เหมาะสมกับระเบียบการรักษาพยาบาล (มีแพทย์หู คอ จมูกเป็นผู้ให้บริการหรือเป็นที่ปรึกษา ทีมงานภาครัฐ / เอกชนในการตรวจทดสอบการนอนหลับ (Sleep test) และจัดหาเครื่องอัดแรงดันอากาศแรงดันบวก (CPAP : Continuous Positive Airway Pressure) หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ

ซึ่งที่ประชุมได้ให้ความเห็นว่า ควรนำระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นไปใช้ที่โรงพยาบาลเคียนซาต่อไป และพัฒนาระบบบริการให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ให้พิจารณานำระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นไปนำเสนอในที่ประชุมผู้บริหารงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ พิจารณานำระบบดังกล่าวนี้ไปใช้ต่อไป เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการในพื้นที่ชนบท ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกับประชาชนในพื้นที่เขตเมืองต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) การคัดกรองเบื้องต้น 2) การตรวจวินิจฉัย 3) การรักษา และ 4) การติดตามและประเมินผล ซึ่งจะเป็นไปตามขบวนการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยทั่วไป แต่เนื่องจากในการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นนั้น จะต้องมีการคัดกรองเบื้องต้นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้ม / ความเสี่ยงที่จะ

ป่วยเป็นภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นหรือไม่ และส่งให้แพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิกวิทยา พิจารณาและส่งตรวจ Polysomnography เพื่อการวินิจฉัยว่าเป็นหรือไม่ จากผลการวิเคราะห์ผลการตรวจและวินิจฉัยระดับ ความรุนแรง และให้การรักษาต่อไป ซึ่งในขั้นตอนนี้ทางโรงพยาบาลต้องประสาน และขอความร่วมมือกับแพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิกวิทยาที่อยู่ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมาร่วมดำเนินการ โดยอาจจะต้องพิจารณาจัดระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยและแพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิกวิทยา มาพบกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ทั้งนี้ ในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือที่ดี และยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาล และแพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิกวิทยา ซึ่งเมื่อผ่านขบวนการนี้แล้ว ทีมแพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนก็สามารถดำเนินการรักษา ติดตามและประเมินผลได้ ดังนั้น ในการคัดกรอง และวินิจฉัย ซึ่งต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิกวิทยา การประสานงานที่ดี การสร้างคุณค่าของความเท่าเทียมกันในการรักษาพยาบาลประชาชนในชนบท ให้แก่แพทย์เฉพาะทางโสตศอนาสิกวิทยา จึงจะทำให้เกิดระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นขึ้นได้

จากการศึกษาประสิทธิผลระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น พบว่า เมื่อใช้ระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่พัฒนา ทำให้ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นน้อยลง และมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) สำหรับผู้ป่วยที่หยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ในระดับปานกลาง (AHI 5-14.9 ครั้ง/ชั่วโมง) ถึงรุนแรง (AHI 15-30 ครั้ง/ชั่วโมง) เป็นไปตามแนวทางการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น8 ทั้งนี้ เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เป็นเครื่องที่ทำงานโดยการอัดลมเข้าทางจมูกหรือปาก เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจเปิดกว้างขึ้น และลดปัญหาการหยุดหายใจขณะหลับ(17) ป้องกันการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนบนขณะหลับ18 ซึ่งการใช้เครื่องนี้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยมีการหยุดหายใจขณะหลับน้อยลง และนอนหลับดีขึ้น ตื่นขึ้นมาสดชื่น และง่วงหรืออ่อนเพลียเวลากลางวันลดลง เนื่องจากได้รับอากาศและได้พักผ่อนดีขึ้น ทำให้คุณภาพการนอนดีขึ้น19

ในการให้บริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ของโรงพยาบาลเคียนซา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน อยู่ห่างจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีประมาณ 60 กิโลเมตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ เป็นเพราะอำเภอเคียนซาเป็นอำเภอมีพื้นที่กว้าง ประชาชนกระจายอยู่ในทุกตำบล (5 ตำบล) การเดินทางจึงต้องใช้เวลาพอสมควร ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล มีความลำบากในการไปรับบริการและใช้เวลาในการเดินทางไปรับบริการค่อนข้างมาก นอกจากนี้ในการรับบริการมีขั้นตอนหลายขั้นตอน เริ่มตั้งแต่มาพบแพทย์ แพทย์นัดมาทำการตรวจ Sleep test ซึ่งต้องมานอนพักที่โรงพยาบาล หลังจากนั้นก็ต้องมาพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษา และมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีหลายขั้นตอนในการตรวจรักษา แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีความสะดวกมากกว่าไปโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แสดงให้เห็นว่าการให้บริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ของโรงพยาบาลเคียนซา ในฐานะโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ก็ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการได้ในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ ใกล้บ้าน ซึ่งจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกัน โดยปัจจุบันพบว่า ในอำเภอเคียนซามีความชุกของผู้มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นจำนวนมาก และมีผลกระทบที่เกิดขึ้นต่าง ๆ มากมาย อีกทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้กำหนดว่า มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และ

ความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ อย่างทั่วถึง13 ดังนั้น ควรต้องพิจารณาให้บริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในอำเภอเคียนซาต่อไป ระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เป็นเพราะระบบดังกล่าวนี้ เป็นระบบใหม่ที่อยู่ในช่วงการพัฒนาและทดลองใช้ ความพร้อม และศักยภาพของเจ้าหน้าที่ยังอยู่ในช่วงที่ต้องพัฒนา การให้บริการก็มีขั้นตอนต่าง ๆ หลายขั้นตอน ผู้ป่วยต้องมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำ Sleep test และต้องมาฟังผลการตรวจตลอดจนเมื่อแพทย์ให้การรักษา ก็ต้องรอการส่งเครื่อง CPAP ซึ่งต้องใช้เวลารอคอยระยะหนึ่ง ต้องมาพบแพทย์เพื่อรับเครื่องไปใช้ และมาพบแพทย์เพื่อการติดตาม ประเมินผลการใช้ ดังนั้น จะเห็นได้ว่ามีขั้นตอนต่าง ๆ มาก ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ เมื่อนำระบบไปใช้ต่อไป ต้องพิจารณาดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสม ได้แก่ อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงขั้นตอนต่าง ๆ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น และอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย โรงพยาบาลเคียนซา ควรนำระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ไปใช้ที่โรงพยาบาลเคียนซาต่อไป เพราะเกิดประสิทธิผลที่ดี และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และพิจารณานำเสนอให้โรงพยาบาลต่าง ๆ พิจารณานำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ดำเนินการตามระบบการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่พัฒนา โดย

1.1 จัดประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในอำเภอเคียนซาได้ทราบถึงการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ซึ่งนอกจากการติดป้ายประชาสัมพันธ์ ก็อาจพิจารณาให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.ช่วยประชาสัมพันธ์และแนะนำให้ผู้ที่นอนกรน และหรือมาภาวะหยุดหายใจมาตรวจรักษา

1.2 พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น เพิ่มมากขึ้น โดยอาจพิจารณาส่งไปศึกษาอบรมและฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เปิดคลินิกให้บริการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

1.3 จัดให้มีคลินิกรักษาการนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และมีผู้รับผิดชอบโดยตรง ซึ่งพิจารณาให้บริการตามความเหมาะสมและศักยภาพที่จะดำเนินการได้

2. ประเมิน และพัฒนาการให้บริการรักษาการนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในเรื่องที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจน้อย หรือปานกลาง ให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ เรื่องความสะดวกรวดเร็วและขั้นตอนการเข้ารับบริการ อัธยาศัยไมตรี และความเต็มใจในการให้บริการของผู้ให้บริการ การให้บริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาการนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ขั้นตอนต่าง ๆ ในการให้บริการ อุปกรณ์ เครื่องมือในการให้บริการ การแจ้งผลที่เกิดขึ้นจากการตรวจการนอนหลับ ระยะเวลารอคอยต่อการรับบริการตั้งแต่การตรวจรักษาจนถึงการได้รับเครื่องอัดแรงดันอากาศ และการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำจากการให้บริการ

3. ติดตาม และประเมินการใช้เครื่องอัดแรงดันอากาศ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทั้งในเรื่องการใช้ และการดูแลความสะอาดของอุปกรณ์

เอกสารอ้างอิง

1.พิจักษณ์ วงศ์วิศิษฎ์.(2563). โรคนอนไม่หลับสัมพันธ์กับนาฬิกาชีวิตแก้ได้โดยไม่ใช้ยา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/910260?anm

2.ธานินทร์ สนธิรักษ์.(2565). อาการหลับยากกับคุณภาพการหลับจากการสำรวจผ่านเว็บไซต์. วารสารกรมการแพทย์ 2565;47(2):109-15.

3.ธัญวรัชญ์ ตราทองคำ, อาทิตยา กาวีอ้าย, เหรียญ หล่อวิมงคล, เกรียงศักดิ์ พราหมณพันธ์.(2567). การศึกษาคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรมหาวิทยาลัยพายัพ โดยใช้แบบสอบถามของพิตส์เบิร์ก. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(2):446-458.

4.Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V.(2021). Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. Int J Environ Res Public Health 2021;18(3):1082.

5.ปารยะ อาศนะเสน.(2567). อาการนอนกรน (Snoring) และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th /sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/332_1.pdf

6.Garbarino S, Guglielmi O, Sanna A, Mancardi GL, Magnavita N.(2016). Risk of occupational accidents in workers with obstructive sleep apnea: systemic review and meta-analysis. Sleep 2016;39 (6):1211-8.

7.Kasai, T., & Bradley, T. D.(2011). Obstructive sleep apnea and heart failure: Pathophysiologic and therapeutic implications. Journal of American College of Cardiology 2011;57(2):119-127. Doi:10.1016/j.jacc.2010.08.6277

8.สมาคมโรคนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับ. ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางการพัฒนาการวินิจฉัยและรักษานอนกรน และโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2560. ใน: ชัยรัตน์ นิรันตรัตน์, ประสิทธิ์ มหากิจ, วิชญ์ บรรณหิรัญ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สเต็ปส์ ดีไซน์แอนด์พรินท์.

9.กุสุมา มามณี, ธวัชชัย แพนอุชชวัน, ภคณัช พรมเคียมอ่อน.(2567). บทบาทของนักตรวจการนอนหลับ ในด้านการให้บริการ CPAP Clinic จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thaichestjournal. Org/2020/09/18/cpap-clinic-during-covid-19-pandemic/

10.Banhiran W, Assanasen P, Metheetrairut C, Chotinaiwattarakul W.(2013). Health-related quality of life in Thai patients with obstructive sleep disordered breathing. J Med Assoc Thai 2013;96 (2):209-16.

11.Luyster FS.(2017). Impact of Obstructive Sleep Apnea and Its Treatments on Partners: A Literature Review. J Clin Sleep Med 2017;13(3):467-77.

12.ชลธิชา จิตโอภาส.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น. ชัยภูมิเวชสาร 2563;40(1):65-77.

13.รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (6 เมษายน 2560). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก น.2,6,11,14,15 2560.

14.Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research reader. Geelong. Victoria: Deakin University Press: John Wiley & Son; 1988.

15.Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl¬baum Associate; 1988.

16.Methipisit T, Mungthin M, Saengwanitch S, Ruangkana P, Chinwarun Y, Ruangkanchanasetr P, Panichkul S, Ukritchon S, Mahakit P, Sithinamsuwan P.(2016). The development of sleep questionnaires Thai version (ESS, SA-SDQ, and PSQI): linguistic validation, reliability analysis and cut-off level to determine sleep related problems in Thai population. J Med Assoc Thai 2016;99(8):893-903.

17.สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย, สมาคมนิทราเวชศาสตร์, สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.(2561). คำแนะนำสำหรับการวินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ในประเทศไทย พ.ศ.2561. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด

18.Oldenburg O.(2012). Cheyne-stokes respiration in chronic heart failure. Treatment with adaptive servoventilation therapy. Circ J 2012;76:2305–17.

19.วิชญ์ บรรณหิรัญ.(2568). เครื่องอัดแรงดันบวก (CPAP) รักษานอนกรน หยุดหายใจขณะหลับ. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.professionsleepclinic.com/content /22009/เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก-cpap-รักษานอนกรน-หยุดหายใจขณะหลับ

การพัฒนารูปแบบบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้ กรณีศึกษาอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

A Development of Service Models and Laboratory Standards in Primary Care Units : A Case Study of the Border Area in Khok Pho District, Pattani Province.

(Received: June 22,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 26,2025)

นพดล สีสุข[1] วีระโชติ รัตนกุล[1]
Nopadol Seesuk[1] Wirachot Rattanakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการ พัฒนารูปแบบบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี โดยใช้วิธีการวิจัยและพัฒนาแบบผสานวิธี ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ การศึกษาสภาพการณ์และปัญหาจากข้อมูลทุติยภูมิของรายงานการประเมิน รพ.สต.ติดดาว 14 แห่ง และการสนทนากลุ่ม 12 คน การพัฒนารูปแบบ STAR Model และการประเมินประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่าง 27 คน โดยใช้สถิติ One-sample Wilcoxon test

ผลการศึกษาได้รูปแบบ "STAR Model" ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ S: Situation (การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่) T: Technology (ระบบเทคโนโลยีห้องปฏิบัติการ) A: Alternative action (ทางเลือกการดำเนินงาน) และ R: Result (ผลลัพธ์และการติดตาม) จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก 14.29% ในปี 2560 เป็น 100% ในปี 2565 คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 69.84% เป็น 87.74% และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.23 จาก 5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, ชายแดนใต้

Abstract

This research aimed to study the current situation, problems, and needs; develop service models and laboratory standards; and evaluate the effectiveness of the model in primary care units within the southern border context of Khok Pho District, Pattani Province. The study employed a mixed-methods research and development approach consisting of three phases: studying the situation and problems using secondary data from evaluation reports of 14 starred sub-district health promoting hospitals and focus group discussions with 12 participants; developing the STAR Model; and evaluating effectiveness in a sample group of 27 participants using the One-sample Wilcoxon test.

The study resulted in the "STAR Model" comprising four steps: S: Situation (studying the situation and area context), T: Technology (laboratory technology system), A: Alternative action (operational alternatives), and R: Result (outcomes and monitoring). The number of units meeting the criteria increased from 14.29% in 2017 to 100% in 2022. The average score increased from 69.84% to 87.74%, and staff members showed high satisfaction levels (mean score 4.23 out of 5) with statistical significance ($p<0.05$).

Keywords: Laboratory standards, primary care units, southern border

บทนำ

ชายแดนใต้เป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายทางด้านความเชื่อและวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตัวอย่างสำคัญคือการใช้ตัวอย่างเลือดในการตรวจวิเคราะห์โรคในช่วงเดือนถือศีลอดของชาวไทยมุสลิม แม้คำวินิจฉัย (ฟัตวา) จุฬาราชมนตรีจะอนุญาตให้ทำการถ่ายและบริจาคเลือดได้[1] แต่ยังขัดแย้งกับความรู้สึกของคนในพื้นที่

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ซึ่งเป็นสิ่งที่เทคนิคการแพทย์ต้องเรียนรู้และให้คำปรึกษาตามบริบทและหลักนิติธรรมอิสลาม[2]

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับให้สามารถให้บริการที่บูรณาการและเชื่อมโยงกันโดยไร้รอยต่อ โดยยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ[3]

หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการพื้นฐานที่กระจายอยู่ในระดับตำบลทั่วประเทศ ประกอบด้วย สถานีอนามัย รพ.สต. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และหน่วยบริการอื่นๆ ที่มีภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลระดับผู้ป่วยนอก[4] หน่วยบริการเหล่านี้มีการให้บริการทางห้องปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการทดสอบอย่างง่าย ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องกลูโคมิเตอร์ การตรวจน้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะด้วยแถบทดสอบ การตรวจภาวะตั้งครรภ์ และการตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (hematocrit) เพื่อตรวจวิเคราะห์หรือตรวจชันสูตรโรคเบื้องต้น แต่ยังไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบคุณภาพ[5]

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างครอบคลุม โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงที่ 14 ให้ร้อยละ 100 ของห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงจัดทำระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ Primary Care Standard (PCS) หรือเรียกว่า มาตรฐานรพ.สต.ติดดาว เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมินำไปใช้เป็นแนวทางจัดระบบบริการและพัฒนางานตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยใช้รูปแบบ checklist ในการตรวจติดตามและประเมินผล[3]

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในพื้นที่ชายแดนใต้ยังพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เนื่องจากบริบทพื้นที่ที่แตกต่าง ความเชื่อทางศาสนา และข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ไม่มีกรอบอัตรากำลังนักเทคนิคการแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความท้าทายและต้องการรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

จากการประเมินตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ในหัวข้อระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ณ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี พบว่าในปี 2560 มีเพียง 2 แห่งจาก 14 แห่ง (ร้อยละ 14.29) ที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทชายแดนใต้ เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิผล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบผสานวิธี (Mixed Methods) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในขั้นตอนการศึกษาสภาพการณ์ และวิธีวิจัยกึ่งทดลอง

แบบหนึ่งกลุ่มวัดเฉพาะหลังการทดลอง (One group only posttest) ในขั้นตอนการประเมินประสิทธิผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์และปัญหา

ข้อมูลทุติยภูมิ รายงานการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ตั้งแต่ปี 2560-2565 จำนวน 14 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ 6 คน ผู้บริหารสถานศึกษา 1 คน ข้าราชการบำนาญครู 2 คน ผู้นำศาสนา 2 คน และผู้นำฝ่ายปกครองท้องถิ่น 1 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

ผู้เข้าร่วมพัฒนา คือ ผู้รับผิดชอบงานทางห้องปฏิบัติการและทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล

ประชากร ผู้รับผิดชอบงานทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ปี พ.ศ. 2564-2565 จำนวน 48 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis ได้จำนวน 27 คน โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ 0.5 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และปัญหา

1. การทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ รายงานการประเมิน รพ.สต.ติดดาว และ Checklist แบบประเมินระบบคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ

2. แนวทางคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ข้อหลัก เกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ รูปแบบ STAR Model ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ S: Situation (ศึกษาสถานการณ์) T: Technology (ระบบเทคโนโลยี) A: Alternative action (ทางเลือกการดำเนินการ) R: Result (ผลลัพธ์)

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล

1. Checklist แบบประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

2. แบบสอบถามความพึงพอใจ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (9 ข้อ) ข้อมูลสะท้อนกลับ (15 ข้อ) โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Likert scale) และคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.60-1.00 ทุกข้อ ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในกลุ่ม try out 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.960

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ใช้เวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง มีการบันทึกเสียงและจดบันทึก

2. พัฒนารูปแบบผ่านกิจกรรม 5 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร: จัดอบรมทบทวนความรู้ 2) ด้านการประสานงาน: จัดทำระบบการติดต่อและให้คำปรึกษา 3) ด้านเครื่องมือและการควบคุมคุณภาพ: จัดทำแผนสอบเทียบและ IQC/EQA 4) ด้านการกำกับ: ออกเยี่ยมประเมินตาม LAB-Checklist 5) ด้านการประเมินผล: ติดตามคะแนนและเปรียบเทียบผล

3. เก็บข้อมูลหลังการใช้รูปแบบ ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2565 โดยการประเมินตนเอง การประเมินโดยเทคนิคการแพทย์แม่ข่าย และการสำรวจความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การผ่านเกณฑ์ประเมินจากคะแนน LAB-Checklist (เป้าหมายร้อยละ 80) เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เปรียบเทียบความพึงพอใจกับเกณฑ์ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.50) โดยใช้สถิติ One-sample

Wilcoxon test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk test, $p < 0.05$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัส การจัดประเภท การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ และการตรวจสอบความถูกต้อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี และได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบ STAR Model

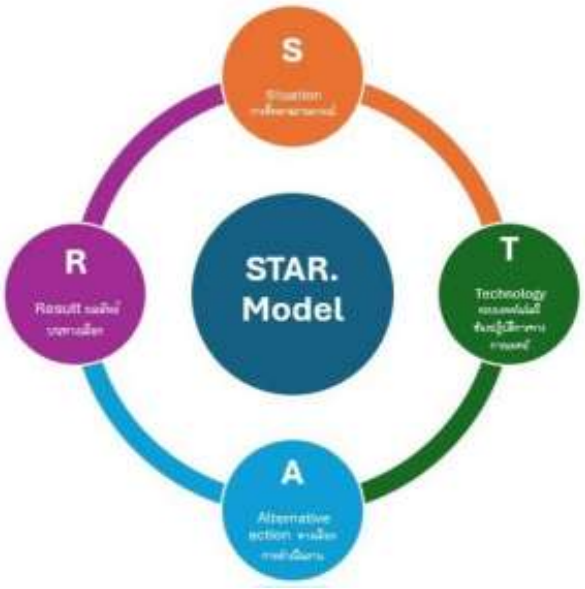
จากการศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบ "STAR Model" ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

S คือ Situation การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่บริการชายแดนใต้ ความต้องการ ความเชื่อ และแนวทางปฏิบัติที่สามารถดำเนินการได้บนมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

T คือ Technology ระบบเทคโนโลยีห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร การประสานงาน การให้คำปรึกษา และเทคโนโลยีด้านการทดสอบที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

A คือ Alternative action ทางเลือกการดำเนินงานตามมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิบนความเหมาะสมบริบทพื้นที่ โดยประเมินความรู้ของทีมงาน กำหนดความต้องการสำหรับการฝึกอบรม และกำหนดกรอบเวลาการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม

R คือ Result ผลลัพธ์จากการลงมือปฏิบัติตามทางเลือกที่กำหนด โดยติดตามคะแนนตาม LAB-Checklist เป้าหมายร้อยละ 80 ขึ้นไป เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาระบบการจัดการคุณภาพให้เป็นงานประจำอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1

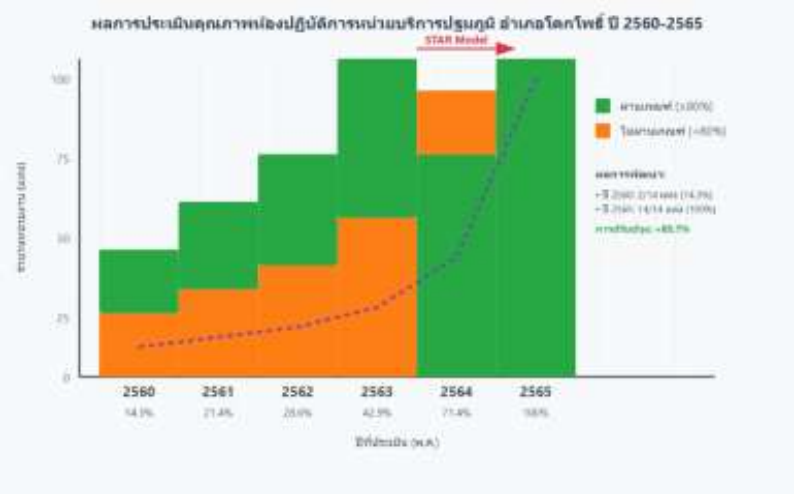


ภาพที่ 1 รูปแบบบริการและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้

ผลการประเมินคะแนน LAB-Checklist การประเมินผลจากคะแนนการตรวจเยี่ยมติดตาม โดยใช้แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว หัวข้อระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) ซึ่งต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ พบผลการพัฒนาดังนี้

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 69.84% ในปี 2560 เป็น 77.85%, 72.49%, 72.40%, 84.95%, 87.74% ในปี 2561-2565 ตามลำดับ

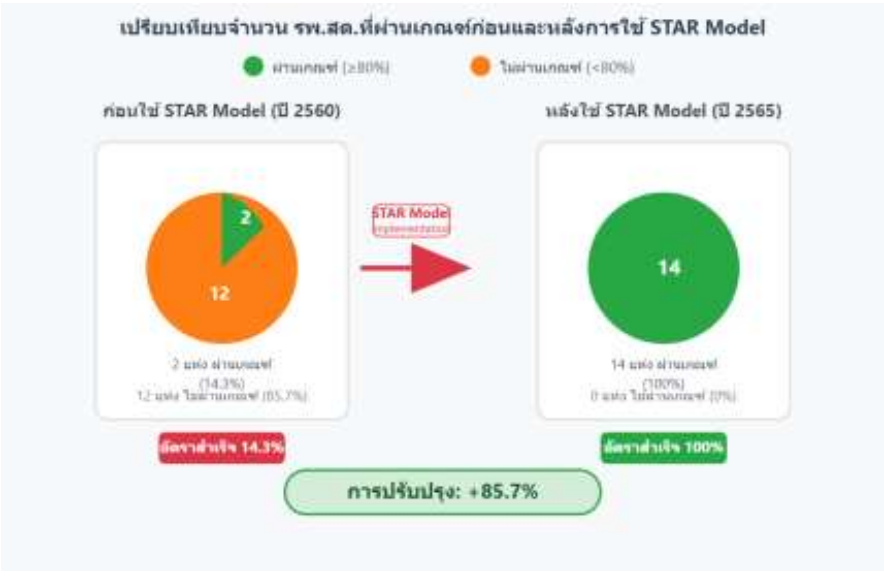
จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น จากเดิม 2 แห่งในปี 2560 (ร้อยละ 14.29) จนผ่านเกณฑ์ครบ 100% ในปี 2565 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผลการประเมิน LAB-Checklist หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอโคกโพธิ์ ปี 2560-2565

การวิเคราะห์ข้อกำหนดที่สำคัญ จากการวิเคราะห์ผลการประเมิน 7 ข้อกำหนดหลัก พบว่า ข้อกำหนดที่มีปัญหาและต้องได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง ได้แก่ ข้อกำหนดที่ 3 วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ เป็นข้อกำหนดที่ รพ.สต.ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากปัญหาการจัดการวัสดุน้ำยา การสอบเทียบเครื่องมือ และการบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ ข้อกำหนดที่ 6 การประกันคุณภาพการทดสอบ เป็นข้อกำหนดที่ท้าทายที่สุด เนื่องจากต้องมีการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) และการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (EQA) อย่างสม่ำเสมอ

การใช้รูปแบบ STAR Model ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีการพัฒนาศักยภาพด้านบุคลากรเพิ่มขึ้น มีความรู้ความเข้าใจ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายระบบงานบริการและงานคุณภาพทางห้องปฏิบัติการได้ดีขึ้น ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบจำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ STAR Model

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบบริการและมาตรฐานห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ บริบทชายแดนใต้ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	p-value
ความพึงพอใจต่อนโยบาย	4.27	0.69	<0.05
ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา	4.23	0.76	<0.05
ความพึงพอใจต่อระบบการสนับสนุน	4.17	0.73	<0.05
ความพึงพอใจต่อการกำกับติดตาม	4.25	0.72	<0.05
รวม	4.23	0.73	<0.05

ประสิทธิผลของรูปแบบ STAR Model จากตารางที่ 1 ข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้รับผิดชอบงานหลังการใช้รูปแบบบริการทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ แสดงความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกด้าน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบ STAR Model สามารถพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิผล โดยมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์จาก 14.29% เป็น 100% และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.23 จาก 5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ การไม่มีกรอบอัตรากำลังนักเทคนิคการแพทย์ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ การใช้อัตรากำลังวิชาชีพอื่นปฏิบัติงานแทน และปัญหาการโยกย้ายเปลี่ยนงานบ่อย ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขเพื่อความยั่งยืนของระบบคุณภาพต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิผลของรูปแบบ STAR Model

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ STAR Model สามารถพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิผล โดยจำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก 14.29% ในปี 2560 เป็น 100% ในปี 2565 ผลลัพธ์ดังกล่าวมีประสิทธิผลต่างจากการศึกษาระหว่างประเทศที่ใช้โปรแกรม Strengthening Laboratory Management Towards Accreditation (SLMTA) ใน 617 ห้องปฏิบัติการจาก 47 ประเทศ ซึ่งพบการปรับปรุงคะแนนเฉลี่ยจาก 39% เป็น 64% หรือมีการเพิ่มขึ้น 25 เปอร์เซ็นต์พอยต์[6] การที่ STAR Model สามารถบรรลุการปรับปรุงถึง 85.71 เปอร์เซ็นต์พอยต์เมื่อพิจารณาในบริบทของการพัฒนาห้องปฏิบัติการในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัด ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาใน Kenya Medical Research Institute (KEMRI) ที่ใช้แนวทาง SLMTA-SLIPTA และสามารถปรับปรุงคะแนนจาก 47% เป็น 94% ภายใน 2 ปี รวมทั้งบรรลุการรับรอง ISO 15189[7] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สามารถแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการบรรลุผลลัพธ์ที่มีความเป็นเลิศในพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ผลการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการใช้ STAR Model เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Kanitvittaya และคณะ[8] ในจังหวัดเชียงรายพบว่าเพียง 8 จาก 29 ห้องปฏิบัติการ (27.6%) ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ซึ่งมีค่าต่ำกว่าผลลัพธ์ของการศึกษานี้ ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวได้ระบุปัจจัยสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วย บุคลากรที่เพียงพอ ความรู้ งบประมาณ และความมุ่งมั่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของ STAR Model โดยเฉพาะในด้าน Technology (การพัฒนาบุคลากร) และ Alternative action (การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม)

ความสำเร็จของ STAR Model สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติของไทยในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน 509 ล้านบาทในปี 2568 เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพ[9] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการในพื้นที่ดังกล่าว

การพัฒนาบุคลากรและการแก้ไขปัญหาการขาดแคลน บุคลากรสาธารณสุขมีการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น โดยมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.23 จาก 5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ African Field Epidemiology Network (AFENET) ใน 18 ประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมที่มีโครงสร้างด้านระบบจัดการคุณภาพ การทดสอบ HIV และความปลอดภัยทางชีวภาพ สามารถเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรห้องปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิผล[10] ข้อจำกัดสำคัญคือการไม่มีกรอบอัตรากำลังนักเทคนิคการแพทย์ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรระดับสากลที่มีความต้องการรายปี 12,000 ผู้เชี่ยวชาญใหม่ แต่ผลิตได้เพียง 5,000 บัณฑิตจากหลักสูตรที่ได้รับการรับรอง ส่งผลให้ขาดแคลนรวม 20,000-25,000 ผู้เชี่ยวชาญ[11] ปัญหานี้จึงเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขในระดับนโยบาย

ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมและความเหมาะสมทางวัฒนธรรม ความสำเร็จของรูปแบบ STAR Model เกิดจากการออกแบบที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะของพื้นที่ชายแดนใต้ โดยเฉพาะในขั้นตอน S: Situation ที่เน้นการศึกษาสถานการณ์และความเชื่อทางศาสนาของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานวิจัยด้านความสามารถทางวัฒนธรรมในบริการสุขภาพที่พบว่าการฝึกอบรมความรู้เฉพาะทางวัฒนธรรมสามารถปรับปรุงทัศนคติของผู้ให้บริการได้ใน 21 จาก 25 การศึกษา[12] การเข้าใจและเคารพความเชื่อของชุมชน เช่น ประเด็นการใช้ตัวอย่างเลือดในช่วงเดือนศีลอด จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ แนวทางการมีส่วนร่วมใน STAR Model สอดคล้องกับการศึกษาใน Uganda ที่ใช้ Participatory Action Research (PAR) approach ซึ่งพบว่าการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมระบุปัญหา พัฒนาแนวทางแก้ไข และติดตามผลการดำเนินงานสามารถเสริมสร้างความสามารถของผู้จัดการสุขภาพและปรับปรุงคุณภาพการบริการได้อย่างยั่งยืน

การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการพัฒนาคุณภา การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารออนไลน์ในการให้คำปรึกษาและติดตามงานภายใต้องค์ประกอบ T: Technology ของ STAR Model ช่วยลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลา ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้ Digital Health ในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิตามที่ WHO แนะนำเพื่อความเท่าเทียมทางสุขภาพในประเทศไทย การผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลและการให้คำปรึกษาแบบพบปะโดยตรงทำให้บุคลากรในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงความรู้และคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญได้อย่างต่อเนื่อง[13]

ประสิทธิผลของเทคโนโลยี Point-of-Care Testing (POCT) ที่ใช้ใน STAR Model สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการจัดการคุณภาพ POCT ที่เหมาะสมสามารถปรับปรุงความแม่นยำของการทดสอบและลดเวลาตอบสนองได้อย่างมีนัยสำคัญ[14] การใช้เทคโนโลยีดังกล่าวในหน่วยบริการปฐมภูมิช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและลดภาระงานของโรงพยาบาลขนาดใหญ่

เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพอื่น เช่น Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycle ที่พบว่า 98% ของโครงการรายงานผลลัพธ์การปรับปรุงและสามารถลดปริมาณคำขอ STAT จาก 37% เป็น 27%[15] หรือ Six Sigma methodology ที่สามารถลดความเสี่ยงทางการแพทย์จาก 30% เป็น 3%[16] STAR Model แสดงให้เห็นประสิทธิผลที่สูงกว่าในการปรับปรุงผลลัพธ์โดยรวม โดยความแตกต่างสำคัญคือ STAR Model ได้รับการออกแบบมาเพื่อใช้งานในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัดและมีความซับซ้อนทางวัฒนธรรม ทั้งนี้ องค์ประกอบ R: Result ของ STAR Model ที่เน้นการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับหลักการของ Continuous Quality Improvement (CQI) ที่แสดงให้เห็นว่าการติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ

แม้ผลการประเมินโดยรวมผ่านเกณฑ์ แต่การวิเคราะห์รายข้อกำหนดแสดงให้เห็นจุดที่ต้องพัฒนาต่อยอด โดยเฉพาะข้อกำหนดที่ 3 (วัสดุ น้ำยาและ

เครื่องมือทดสอบ) และข้อกำหนดที่ 6 (การประกันคุณภาพการทดสอบ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใน Ethiopian Primary Healthcare Laboratory ที่พบปัญหาการดำเนินการตามมาตรฐาน ISO 15189 ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ โดยเฉพาะด้านการจัดการวัสดุและการประกันคุณภาพในสิ่งแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัด[17] ปัญหาการประกันคุณภาพการทดสอบ (IQC และ EQA) เป็นความท้าทายสากลสำหรับห้องปฏิบัติการขนาดเล็กเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความรู้เฉพาะทาง ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ SLIPTA ที่พบว่าเพียง 1% ของห้องปฏิบัติการสามารถบรรลุระดับ 5 ดาว (≥95% คะแนน) ได้[18]

การขยายผลและความยั่งยืน รูปแบบ STAR Model มีศักยภาพในการขยายผลไปยังโรงพยาบาลชายแดนใต้อื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับ Thai Quality and Outcomes Framework (Thai QOF) ที่เน้นการพัฒนาตัวชี้วัดแบบมีส่วนร่วมและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการใช้ Checklist แบบประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ (LAB) เป็นเครื่องมือวัดผลมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ทำให้สามารถเปรียบเทียบและประเมินประสิทธิผลได้อย่างเป็นระบบ เพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ จำเป็นต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพ ระบบการจูงใจที่เหมาะสม และการพัฒนาภาวะผู้นำในระดับท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสำเร็จสำคัญในประเทศกำลังพัฒนาที่พบว่าการสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของพนักงาน และการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญ[19]

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาอัตรากำลัง โดยปรับปรุงกรอบอัตรากำลังให้มีนักเทคนิคการแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือสร้างระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเป็นระบบ
2. การพัฒนาระบบสารสนเทศ โดยพัฒนาระบบจัดการข้อมูลคุณภาพห้องปฏิบัติการแบบออนไลน์เพื่อลดภาระงานด้านเอกสารและเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามประเมินผล
3. การสร้างเครือข่าย โดยส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักจุฬาราชมนตรี.(2561). คำวินิจฉัย (ฟัตวา) จุฬาราชมนตรี: คำวินิจฉัยที่ 10/2556 เรื่องการถ่ายเลือดและการบริจาคเลือด. กรุงเทพฯ: สำนักจุฬาราชมนตรี.
2. ซาร่า มณี, ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร.(2560). สิทธิมนุษยชนสากลและสิทธิมนุษยชนตามหลักศาสนาอิสลาม. ใน: การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 12.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561–2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
4. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; [ม.ป.ป.].
5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.(2567). แนวทางการปฏิบัติงานด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
6. Yao K, McKinney B, Murphy A, Rotz P, Wafula W, Sendagire H, et al.(2015). Evidence from 617 laboratories in 47 countries for SLMTA-driven improvement in quality management systems. Afr J Lab Med. 2015;4(1):262.
7. Muturi-Kioi V, Omwoyo WN, Gathara D, Gachuki T, Mwangi J, English M.(2024). Accreditation of a molecular HIV diagnostic laboratory following the Strengthening Laboratory Management Towards

Accreditation (SLMTA)-Stepwise Laboratory Quality Improvement Process Towards Accreditation (SLIPTA) approach in Kenya: an implementation science study. Implement Sci Commun. 2024;5(1):8.

8. Kanitvittaya S, Sangkum L, Kaewkoon A, Thepsuthammarat K, Siribaddana S.(2010). Laboratory quality improvement in Thailand's northernmost provinces. Am J Clin Pathol. 2010;134(2):225-31.
9. Thai News.(2024). Thailand's medical hub vision: Transforming borders into health powerhouses by 2026. Thai News [Internet]. 2024 Mar 15 [cited 2024 Feb]. Available from: https://thai.news/news/thailand/thailands-medical-hub-vision-transforming-borders-into-health-powerhouses-by-2026
10. Gachuki T, Sewe R, Mwangi J, Muriuki J, Kamenwa R, Devani S, et al.(2018). Evaluation of a laboratory capacity strengthening project: A case of the summative assessment of the African Field Epidemiology Network (AFENET) laboratory project 2010-2016. Pan Afr Med J. 2018;30:297.
11. American Society for Clinical Laboratory Science.(2024). Clinical laboratory personnel shortage [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb]. Available from: https://ascls.org/workforce/
12. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al.(2011). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. Med Care. 2011;49(4):356-73.
13. World Health Organization Thailand.(2024). "Our health, our right, our digital future" - A journey towards health equity in Thailand [Internet]. 2024 Apr 25 [cited 2024 Feb]. Available from: https://www.who.int/thailand/news/detail/25-04-2024-our-health--our-right--our-digital-future-a-journey-towards-health-equity-in-thailand
14. Nichols JH, Christenson RH, Clarke W, Gronowski A, Hammett-Stabler CA, Jacobs E, et al.(2019). Best practices for effective management of point of care testing. Clin Chem. 2019;65(12):1498-504.
15. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE.(2019). Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):683.
16. Westgard SA, Bayat H, Westgard JO.(2019). Lean six sigma methodologies improve clinical laboratory efficiency and reduce turnaround times. Clin Lab. 2019;65(10):1851-8.
17. Negash L, Ayalew S, Taye B, Gelaw Y, Adugna A, Birhan W, et al.(2019). How does ISO 15189 laboratory accreditation support the delivery of healthcare in Ethiopia? A systematic review. Clin Chem Lab Med. 2019;57(4):454-62.
18. African Society for Laboratory Medicine.(2015). World Health Organization releases guide for the stepwise laboratory improvement process towards accreditation (SLIPTA) in Africa [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb]. Available from: https://aslm.org/news-article/world-health-organization-releases-guide-for-the-stepwise-laboratory-improvement-process-towards-accreditation-slipta-in-africa/
19. Mohan A, Manigandan S, Ramachandran M.(2023). Key success factors for the implementation of quality management systems in developing countries. J Qual Maint Eng. 2023;29(1):89-106.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL10 NO.2 April-June 2025

การประเมินผลการดำเนินงาน การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

The Performance Evaluation of Home Medicine Delivery by Health Riders in Hospitals under the Nong Khai Provincial Public Health Office.

(Received: June 25,2025 ; Revised: June 28,2025 ; Accepted: June 29,2025)

ปิยะมาศ ปรีชาฎก[1]
Piyamas Preechadok[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์และผลผลิต ของการดำเนินงานการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการจากโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบใช้เองจำนวน 290 คนและกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่ใช้ระบบบริษัทเอกชน จำนวน 300 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน นำเสนอข้อมูลเชิงบรรยาย และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไรเดอร์และผู้รับบริการ การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า การประเมินด้านบริบท ผู้บริหารของโรงพยาบาล มีความเข้มแข็งในการนำนโยบายจากระดับจังหวัดลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการประชุมเพื่อสื่อสารข้อมูลระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มีการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบโดยสหสาขาวิชาชีพ มีแนวทางการปฏิบัติในการคัดเข้ากลุ่มผู้รับบริการที่ชัดเจน มีการจัดอบรมความรู้สำหรับไรเดอร์ รวมทั้งโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 แห่ง ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมสำหรับให้บริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล การประเมินด้านกระบวนการ มีการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง มีระบบการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ การกำกับติดตามและประเมินผลแบบเรียลไทม์ จัดระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยที่ชัดเจน และปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกทำให้เกิดผลสำเร็จที่ดีในการดำเนินงาน และการประเมินด้านผลลัพธ์และผลผลิต การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน สามารถลดระยะเวลารอคอยในการรอรับยาได้จริง โดยดูจากอุบัติการร้องเรียนเรื่องการรอรับยาลดลง และผู้รับบริการยินดีรับบริการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านอีกครั้งหากมีโอกาส ส่วนคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไรเดอร์ พบว่า มีคะแนนความเหมาะสมมากที่สุดทั้งด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตและผลลัพธ์ ส่วนคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการ พบว่า มีคะแนนความเหมาะสมมากที่สุด ทั้งด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตและผลลัพธ์

คำสำคัญ: การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Abstract

This survey research aimed to evaluate the context, input factors, processes, outcomes, and outputs of the home medication delivery service by riders for patients of hospitals under the Nong Khai Provincial Public Health Office, conducted between May 2024 and December 2024. The sample consisted of 290 service recipients from hospitals that developed their own delivery system, and 300 service recipients from hospitals that used private company delivery systems. Data collection was carried out through semi-structured interviews with the personnel involved in home medication delivery.

[1] เภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Descriptive data was presented, and questionnaires were used to gather general information and opinions from both the riders and service recipients. The data was analyzed using descriptive statistics.

The study found the following results: Context Evaluation: Hospital administrators demonstrated strong leadership in systematically implementing policies from the provincial level into practice. There was continuous communication through regular meetings. Input Factors Evaluation: Systematic planning was conducted by a multidisciplinary team. Clear operational guidelines were established for selecting service recipients. Training programs were provided for riders. One of the hospitals developed a software program specifically designed to support medication delivery services that aligned with its operational context. Process Evaluation: The implementation process was systematic and ongoing. A risk management system was in place to handle potential issues during delivery. Real-time monitoring and evaluation mechanisms were implemented. A clear reimbursement system was established, and continuous improvements were made to ensure service convenience for recipients, contributing to successful operations. Outcome and Output Evaluation: The rider-based home medication delivery service effectively reduced waiting times for medication pickup, as evidenced by a decrease in complaints about medication delays. Service recipients expressed willingness to use the home delivery service again if given the opportunity. In terms of opinion scores, the sample group of riders rated the service as highly appropriate across all aspects context, input factors, processes, and outcomes/outputs. Likewise, the service recipients also gave the highest ratings for all evaluation areas.

Keywords: Home medication delivery by riders, hospitals under the Nong Khai Provincial Public Health Office

บทนำ

ความแออัดในการรับบริการ นับเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการด้านสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรัฐ[1] ดังนั้นภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุขปี 2567-2568 คือ การยกระดับระบบบริการสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความมั่นคงทางสุขภาพ คนไทยทุกคน ทั้งการส่งเสริม ควบคุมป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว โดยจัดทำแผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานของทุกหน่วยงานในสังกัดเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปสู่เป้าหมายของประเทศ โดยมีแนวทางสำคัญ 3 ประการ คือ 1) มุ่งแก้ปัญหาทั้งความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาและความขาดแคลนบุคลากร 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งและวางรากฐานที่มั่นคงให้กับระบบสุขภาพและการบริการที่ครบวงจร เพิ่มความคล่องตัวในการปฏิบัติงานของบุคลากรและ 3) พลิกบทบาทการสาธารณสุขไทยสู่การเป็นองค์กรที่ช่วยสร้างเศรษฐกิจของประเทศ[2] ดังนั้นความเหลื่อมล้ำในการรับบริการ ความแออัด และระยะเวลารอคอยการรักษา จึงเป็นนโยบายสำคัญที่ต้องเร่งรัดพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ พลิกโฉมโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพิ่มศักยภาพการบริการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่

โรงพยาบาลชุมชน ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประสบกับปัญหาความแออัดในการให้บริการมาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2563–2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 742,466 ครั้ง/ปีเป็น 1,023,558 ครั้ง/ปี อีกทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกแห่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 709,327 ครั้ง/ปี เป็น 823,733 ครั้ง/ปี ตามลำดับ[3]

จากข้อมูลข้างต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการตามนโยบายลดแออัดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564-2566 โดยกำหนดเป็นประเด็น

ยุทธศาสตร์ข้อที่ 2 ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐานเพื่อบรรลุกลยุทธ์ที่ 2.1 พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ HA, รพ.สต.ติดดาว ลดความแออัด และลดเวลารอคอย เป้าหมายคือ โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การ พัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด ลดเวลารอคอย[4] ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลหนองคายมีแนวโน้มลดลงจาก 535,679 ครั้ง/ปี ในปี 2564 เป็น 497,179 ครั้ง/ปี ในปี 2566 ส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองคายมีแนวโน้มลดลงจาก 1,023,558 ครั้ง/ปี ในปี 2564 เหลือ 790,069 ครั้ง/ปี ในปี 2566[3,5,6]

ในปี พ.ศ. 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้สนองตอบนโยบายลดความแออัด ลดเวลารอคอย โดยนำนโยบาย การรับ-ส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยด้วย ไรเดอร์ (Health Rider) ซึ่งเป็นหนึ่งวิธีในการพัฒนาระบบบริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เพื่อช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยสามารถรอรับยาได้ที่บ้านโดยการจัดบริการส่งยาเป้าหมายคือ โรงพยาบาลเตรียมระบบให้ระบบการให้บริการ Health Rider เตรียมความพร้อมของไรเดอร์ กำหนดจัดส่งภายในวันในระยะห่างจากโรงพยาบาลไม่เกิน 15 กม. โดยค่าบริการสำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพฟรี ส่วนผู้ป่วยสิทธิอื่น ๆ ชำระค่าจัดส่ง 65 บาทต่อครั้ง มีระบบ Telepharmacy ควบคู่กับระบบจัดส่ง เป็นต้น[7] เนื่องจากเป็นรูปแบบการดำเนินงานระหว่าง โรงพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ซึ่งต้องอาศัยการประเมินผลการดำเนินงานที่ต้องปรับให้สอดรับกับบริบทของแต่ละพื้นที่จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินผลการดำเนินงาน การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผู้วิจัยในฐานะเลขานุการคณะทำงานด้านเภสัชกรรมนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จึงสนใจการประเมินผลการดำเนินงาน การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยเลือกใช้รูปแบบซิปโมเดล (CIPP Model) ของ สตัฟเฟิลบีม มาประเมินโครงการทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการประเมินดังกล่าวมีกระบวนการประเมินที่ครบทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์และผลผลิต (Product) ของโครงการ[8] เพื่อนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะไปใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาหรือปรับปรุงการดำเนินโครงการที่ได้ นำใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนให้การดำเนินงานลดความแออัดในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งนำไปกำกับติดตามการดำเนินงานนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เองกับโรงพยาบาลที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามแนวคิด CIPP Model ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์และผลผลิตของการดำเนินงานนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เป็นการประเมินผลการดำเนินงานการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากแบบการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เองกับโรงพยาบาลที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน แห่งละ 5 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เภสัชกร จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

2. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของ ไรเดอร์และผู้รับบริการการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เองกับโรงพยาบาลที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ประชากร เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการนำส่งยาให้ผู้ป่วยด้วยไรเดอร์ถึงบ้าน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน 9 แห่ง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลที่ให้ บริการนำส่งยาให้ผู้ป่วยด้วยไรเดอร์ถึงบ้านที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เองจำนวน 1 แห่ง และ โรงพยาบาลที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน จำนวน 1 แห่ง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2

2.1 ประชากร เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ถึงบ้านผู้ป่วย จากโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เองจำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เภสัชกร จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

2.2 ประชากร เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ถึงบ้านผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เภสัชกร จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 3

3.1 ประชากร เป็นไรเดอร์ที่ขึ้นทะเบียนและให้บริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ถึงบ้านผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบบริการนำส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยขึ้นใช้เองจำนวน 6 คน เลือกมาทั้งหมด

3.2 ประชากร เป็นไรเดอร์ที่ขึ้นทะเบียนและให้บริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ถึงบ้านผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ใช้ระบบบริษัทเอกชน จำนวน 7 คน เลือกมาทั้งหมด

4. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 4

4.1 ประชากร เป็นผู้รับบริการ การนำส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ให้บริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ถึงบ้านผู้ป่วยที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เองจำนวน 749 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย คำนวณจากสูตร Yamane[9] กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 ค่าความเชื่อมั่นประชากรที่ระดับ 95% ได้ตัวอย่างจำนวน 290 คน

4.2 ประชากร เป็นผู้รับบริการการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลใช้ระบบของบริษัทเอกชนจำนวน 853 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย คำนวณจากสูตร Yamane[9] กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 ค่าความเชื่อมั่นประชากรที่ระดับ 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 เป็นคำถามความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะครอบคลุม 4 ด้านได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์และผลผลิตของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เอง และโรงพยาบาลที่ใช้ระบบของ

บริษัทเอกชน แห่งละ 5 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เภสัชกร จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

2. แบบสอบถามสำหรับไรเดอร์ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น ของไรเดอร์ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ บริบท 3 ข้อ ปัจจัยนำเข้า 5 ข้อ กระบวนการ 4 ข้อ ผลลัพธ์และผลผลิต 2 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็น เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เองและโรงพยาบาลที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ความตรงด้านเนื้อหา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของแนวคำถามการสัมภาษณ์ และ แบบสอบถามความคิดเห็นของไรเดอร์ และ ผู้รับบริการ การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ตามแนวทางการประเมินโครงการแบบ CIPP Model พบว่า อยู่ระหว่าง 0.6-1.00 ทุกข้อ ความเชื่อมั่น (Reliability) ตรวจสอบความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามความคิดเห็นของไรเดอร์การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน และแบบสอบถามความคิดเห็นผู้รับบริการต่อการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกลุ่มละ จำนวน 30 คนในพื้นที่จังหวัดหนองคาย จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค cronbach alpha เท่ากับ 0.90 และ 0.97 ตามลำดับ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยคำนึงถึง จริยธรรมในการวิจัย ดังนี้ การให้ความยินยอมโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะปฏิเสธหรือยุติจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้หากไม่พร้อม และผลการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และดูแลปกป้องประโยชน์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 ผู้วิจัย ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนำส่งยาด้วย ไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบใช้เอง และโรงพยาบาลที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน

2.2 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการ ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ที่ไม่ใช่บุคลากรของโรงพยาบาลเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเขียนตอบด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเขียนเองได้ ผู้ช่วยเก็บข้อมูลอ่านคำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นผู้กรอกแบบสอบถามแทนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไรเดอร์ ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูล แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง เขียนตอบด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง นำมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล นำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ โดยนำมาแยกประเภทและตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ออก จากนั้นนำเสนอข้อมูลเชิงบรรยาย

2. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความคิดเห็น มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อคำถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ส่วนข้อมูลที่เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด นำมาวิเคราะห์โดยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล นำมาจัดหมวดหมู่โดยแยกประเภทและตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ออก จากนั้นนำเสนอข้อมูลเชิงบรรยาย

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง เอกสารเลขที่ 48/2567 เมื่อวันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

การประเมินผลการดำเนินงานนำส่งยาด้วย ไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เอง และโรงพยาบาลที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน โดยคำถามครอบคลุม 4 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

1.1การประเมินบริบท (Context Evaluation: C) ประกอบด้วยข้อย่อย 6 ข้อ ดังนี้

1) สถานการณ์ปัญหาความแออัดการรับบริการในโรงพยาบาล ข้อมูลโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านขึ้นใช้เอง พบว่า เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ผู้ป่วยนอกรวมทุกแผนกเฉลี่ย 150 ราย/วัน ผู้รับบริการไม่มาก แต่โรงพยาบาล มีบุคลากรจำกัด ส่งผลให้การบริการล่าช้า โดยเฉพาะห้องยา ในวันที่จัดบริการคลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิต คลินิกสีขาว โดยเฉพาะช่วงเวลา 10 .00 น. ถึง 12.00 น. ส่วนโรงพยาบาลที่มีการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านด้วยระบบบของบริษัทเอกชนพบว่า เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 320 เตียง บุคลากรทั้งหมด 800 คน ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 600 ราย/วัน มีความแออัดมากและมีระยะเวลารอคอยนาน

2) ปญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบบริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านใช้เองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้น ส่วนโรงพยาบาลที่มีการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านด้วยระบบของบริษัทเอกชน พบว่า โรงพยาบาล มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา ผู้ป่วยที่มารับบริการมีทั้งผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม รวมทั้งผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่ต้องได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องวิดิทัศน์ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการจึงมีความหลากหลาย

3) การดำเนินการเพื่อลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล ที่พัฒนาระบบใช้เอง พบว่า ออกแบบการให้บริการโดยแยกคลินิกพิเศษออกจากผู้ป่วยนอกทั่วไป แต่ยังพบปัญหาในวันที่มีคลินิกเบาหวานมักแออัดมากกว่าปกติ ส่วนทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน มีคลินิกจิตเวชและคลินิกวัณโรค ประมาณ 70 ราย/ครั้ง มีการจัดระบบนัดออนไลน์และจัดระบบจ่ายยาแบบ One stop service แต่เนื่องด้วยบุคลากรมีจำกัดทำให้พบความแออัดรอรับยาเวลา10.00–12.00 น.ทุกวัน ส่วนโรงพยาบาลที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชน มีการจัดบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป แยกจากคลินิก จัดให้มีแพทย์ประจำห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไปเวลา 08.30 น. ทุกวัน มีแพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังทุกคลินิก ผู้ป่วยสามารถลงทะเบียนและตรวจสอบสิทธิด้วยตนเองผ่านตู้คีออส มีระบบนัดออนไลน์ แต่ยังพบอุบัติการณ์เรื่องความแออัดและระยะเวลารอคอยนานเนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากขึ้นทุกปี

4) นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวกับการดำเนินงานเพื่อลดแออัดและลดรอคอย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง ให้ข้อมูลว่า ยังไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนอาจเนื่องจากเพิ่งเริ่มดำเนินการ แต่การให้บริการมีขั้นตอนเพิ่มขึ้นในขณะที่อัตรากำลังเจ้าหน้าที่เท่าเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่เกณฑ์ต้องรอรับยานานเนื่องจากมีการแบ่งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน

5) นโยบายการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง ให้ข้อมูลว่า นโยบายนี้นำสู่การปฏิบัติโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายจึงนับว่า เป็นโครงการที่ดี ผู้รับบริการมี

ความพึงพอใจ ลดอุบัติการณ์รอรับยานาน และลดเวลาการรอคอยได้จริง อีกทั้งเป็นการเพิ่มทางเลือกสำหรับคนไม่สะดวกรอรับยา

6) วางแผนการดำเนินงานนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง ให้ข้อมูลว่าผู้บริหารให้ความสำคัญ มีการถ่ายทอดนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมายังระดับโรงพยาบาลอย่างชัดเจน มีการวางแผนในรูปแบบคณะกรรมการ มีการสื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งพบว่าโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นมาใช้เอง ใช้จุดแข็งที่มีความเชี่ยวชาญคอมพิวเตอร์และด้านสารสนเทศ

1.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) ประกอบด้วยข้อย่อย 5 ข้อ ดังนี้

1) ด้านบุคลากรในการให้บริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง มีคณะกรรมการรับผิดชอบ มีการมอบหมายบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีการประชุมความรู้และติดตามความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้เป็นช่องทางการประสานงานทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

2) การขึ้นทะเบียนไรเดอร์การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง ประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครไรเดอร์ ทำป้ายประชาสัมพันธ์ กำหนดแบบฟอร์มลงทะเบียนและระยะเวลาในการสมัครโดยระยะแรก เน้นกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ หลังจากขึ้นทะเบียนแล้ว ได้จัดอบรมความรู้และทำประกันอุบัติเหตุหมู่ให้ไรเดอร์ด้วย

3) แนวทางการคัดเลือกกลุ่มผู้รับบริการเข้าร่วมการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง กำหนดกลุ่มผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ในระยะแรกกำหนดเป็นผู้มีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค และเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนและไม่ได้เปลี่ยนยาในรอบที่จะนำส่งยาให้ผู้ป่วย

4) การเตรียมความพร้อม ระบบข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลใบสั่งยา ข้อมูลกลุ่มโรค ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง มีการประชุมคณะกรรมการ จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติเป็น Flow chart ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบ HIS การซักประวัติ ตรวจสอบที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ เงื่อนไขการใช้สิทธิ์การรักษา ประวัติการรับยาและการแพ้ยา โดยแพทย์เป็นผู้พิจารณาให้ผู้ป่วยเข้าระบบนำส่งยาด้วยไรเดอร์ ส่วนพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องและประสานงานห้องยาเพื่อดำเนินการขั้นตอนการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ส่วนโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เอง มีการพัฒนาช่องทางการติดต่อจากโรงพยาบาลไปยังไรเดอร์ด้วยระบบแจ้งเตือนทางโทรศัพท์มือถือให้ไรเดอร์รับทราบเฉพาะออเดอร์ของตนเองเพื่อป้องกันความสับสนในการรับข้อมูล

5) เตรียมความพร้อมในการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้รับบริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง จัดระบบบริการให้ผู้ป่วยที่ต้องการ นำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน เป็นกลุ่มที่มีอาการคงที่ กลุ่มที่รับยาเดิม และต้องได้รับการให้คำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกรก่อนให้คนไข้กลับบ้านเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการรับยา

1.3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) ประกอบด้วยข้อย่อย 3 ข้อ ดังนี้

1) การจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พัฒนาระบบขึ้นใช้เอง ศึกษาวิธีการให้บริการผ่านโทรศัพท์มือถือ เช่น เคอรี่ แกรป นำมาพัฒนาระบบ มีการจำลองเหตุการณ์และทดลองใช้ นำปัญหาที่พบมาถอดบทเรียนและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบท และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

2) การจัดระบบกำกับติดตามและประเมินผลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง มีระบบการติดตามสุ่มตรวจ

จากผู้รับบริการโดยการโทรศัพท์ถาม ส่วนการตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของไรเดอร์ ใช้วิธีตรวจเช็คการยืนยันสถานะให้บริการของไรเดอร์ในระบบและในกลุ่มไลน์เหมือนกัน ส่วนการแก้ไขปัญหาหากพบปัญหาระหว่างการนำส่งยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระบบของบริษัทเอกชนแจ้งบริษัทให้ดำเนินการแก้ไขทันที ที่ผ่านมายังไม่พบความเสี่ยงด้านการรับยาไม่ครบ หรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่พบการนำส่งยาล่าช้าเนื่องจากขณะนำส่งยาผู้ป่วยไม่อยู่บ้าน หรือเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ติดต่อไม่ได้ การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง มีการรายงานผลการให้บริการในโปรแกรมรายงานออนไลน์แบบเรียลไทม์ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายจัดทำขึ้น แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปการให้บริการที่ชัดเจน

3) การจัดระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง จัดระบบให้ศูนย์เรียกเก็บประมวลผลและตรวจสอบข้อมูลกับศูนย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล จากนั้นศูนย์เรียกเก็บ บันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บ ในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อัตราการจ่ายค่าชดเชยโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบใช้เองได้รับ 20 บาท ไรเดอร์ 30 บาท โรงพยาบาลที่ใช้ระบบบริษัทเอกชนได้รับ 15 บาท ไรเดอร์ 30 บาท โรงพยาบาล 5 บาท

1.4 การประเมินผลลัพธ์และผลผลิต (Product Evaluation: P) ประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง ให้ข้อมูลว่า การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านเป็นโครงการที่ดี สามารถลดระยะเวลารอคอยของคนไข้ในการรอรับยาได้จริงโดยดูจากอุบัติการร้องเรียนเรื่องการรอรับยาลดลง ส่วนปัญหาอุปสรรคในการให้บริการด้วยระบบนี้ที่ตรงกันคือ ลดระยะเวลารอคอยยังไม่ชัดเจนไม่สามารถขยายการบริการให้มากขึ้นตามความต้องการของผู้ป่วยเนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ อีกทั้งขั้นตอนการบริการเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ การตรวจเช็ค ใบสั่งยาให้ตรงกับประวัติผู้ป่วย จัดยาและแพคยาแยกจากผู้ป่วยที่มารับบริการอื่นทั่วไป นอกจากนี้โรงพยาบาลที่พัฒนาระบบใช้เอง ติดตามกำกับการปฏิบัติงานของไรเดอร์และอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากสถานะยืนยันขั้นตอนให้บริการในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น แต่ยังไม่มีการนำข้อมูลจากการให้บริการมาวิเคราะห์ที่ชัดเจน

1.5 ข้อมูลปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่งพบว่า ในช่วงแรกของการดำเนินงานพบปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น ผู้รับบริการเข้าใจผิดว่าไม่ต้องเข้าพบแพทย์จึงกลับไปรอรับยาที่บ้าน นำส่งยาล่าช้าเนื่องจากผู้รับบรการไม่อยู่บ้าน เบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ติดต่อไม่ได้ เป็นต้น ส่วนด้าน ผู้ให้บริการ พบปัญหาเรื่องการสื่อสารในทีม เช่น การให้สิทธิ์ผิดหรือไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมาย ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์การนำส่งยา อีกทั้งพบปัญหาการนำส่งยาให้ไรเดอร์ไม่ทันเวลาหากมียอดส่งมากกว่า 30 รายต่อวัน นอกจากนี้พบปัญหาขาดอัตรากำลังที่ต้องจัดบุคลากรแยกมาปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่กระบวนการแยกใบสั่งยาตามสถานที่จัดส่ง จัดยาและแพคยาแยกออกจากการจ่ายยาปกติ ตรวจสอบความถูกต้องก่อนแจ้งไรเดอร์มารับยา ในขณะที่บุคลากรที่ให้บริการมีจำกัด โดยเฉพาะวันที่มีการประชุมเร่งด่วนหรือเจ้าหน้าที่ลา ทำให้ผู้รับบริการที่ไม่ได้เข้าระบบการนำส่งยาด้วย ไรเดอร์ยังรอรับยานานเหมือนเดิม

ข้อเสนอแนะคือ ควรจัดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านแยกออกมาจากห้องจ่ายยาปกติ เจ้าหน้าที่จัดเตรียมยาและตรวจสอบความถูกต้องจากนั้นนำส่งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการต่อ เพื่อให้การบริการที่รวดเร็วทั้งผู้ป่วยที่ต้องการนำส่งยาด้วยไรเดอร์และผู้ป่วยอื่น ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลการบริการที่ชัดเจนและต่อเนื่องเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และควร

ขยายสิทธิสำหรับผู้รับบริการอื่นที่ไม่ใช่บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไรเดอร์นำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน

1) กลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลที่พัฒนาระบบนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านขึ้นเอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 48.8 ปี การศึกษาจบปวช / ปวท /ปวส. ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาเป็นไรเดอร์ 4-6 เดือน และมากกว่า 6 เดือนเท่ากัน ร้อยละ 50.0 จำนวนครั้งที่นำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน เฉลี่ยต่อวัน 6.8 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านหลังได้รับการแจ้งเตือน 7.6 ชั่วโมง และ ระยะทางในการนำส่งยาจากโรงพยาบาลถึงบ้านผู้ป่วยเฉลีย 7.6 กิโลเมตร ตามลำดับ

ส่วนโรงพยาบาลที่ใช้ระบบนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านของบริษัทเอกชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 37.7 ปี การศึกษาจบ ปวช/ปวท /ปวส. ร้อยละ 57.1 ระยะเวลาเป็นไรเดอร์มากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 85.7 จำนวนครั้งที่นำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน เฉลี่ยต่อวัน 6.8 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านหลังได้รับการแจ้งเตือน 8.7 ชั่วโมง และระยะทางในการนำส่งยาจากโรงพยาบาลถึงบ้านผู้ป่วยเฉลี่ย 8.0 กิโลเมตร

2) ข้อมูลความคิดเห็นของ ไรเดอร์แบ่งเป็น 4 ด้าน โรงพยาบาลที่พัฒนาระบบนำส่งยาใช้องพบว่า ด้านบริบท การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านช่วยลดความแออัดในการรับบริการในโรงพยาบาลได้ มีคะแนนความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.8, SD=0.4) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้าพบว่า คุณสมบัติ และขั้นตอนการสมัครเป็นไรเดอร์ จากการชี้แจงของโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน มีคะแนนความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.4) สำหรับด้านกระบวนการพบว่า นำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านภายในเวลาไม่เกิน 24 ชม.และได้รับการประสานงานจากเจ้าหน้าที่ เมื่อพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน มีคะแนนความเหมาะสมระดับมากที่สุดเท่ากัน ($\bar{X}$= 4.8, SD=0.4) ด้านการประเมินผลลัพธ์ที่ได้พบว่า ความพึงพอใจในการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน มีคะแนนความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.5 SD=0.5)

ส่วนโรงพยาบาลที่ใช้ระบบบริษัท เอกชน พบว่า ด้านบริบท การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านช่วยลดความแออัดในการรับบริการในโรงพยาบาลได้ มีคะแนนความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.5, SD=0.5) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้าพบว่า รับทราบขั้นตอนการสมัครเป็นไรเดอร์จากการชี้แจงอย่างครบถ้วนจากโรงพยาบาล มีคะแนนความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.7, SD=0.8) สำหรับด้านกระบวนการพบว่า สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านได้ถูกต้อง มีคะแนนความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.7, SD=0.5) ด้านการประเมินผลลัพธ์ที่ได้ มีความพึงพอใจในการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน มีคะแนนความเหมาะสมระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.7, SD=0.5)

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย บริษัทเอกชน พบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาลที่พัฒนาระบบเอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 อายุเฉลี่ย 60.8 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี อายุน้อยที่สุด 50 ปี ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 79.3 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 54.1 จำนวนครั้งที่รับบริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 54.8 ระยะเวลาในการรอรับยา1-3 ชั่วโมง ร้อยละ 56.9 เร็วที่สุด 1 ชั่วโมง นานที่สุด 7 ชั่วโมง ระยะทางนำส่งยาด้วยไรเดอร์จากโรงพยาบาลถึงบ้าน 6-10 กิโลเมตร ร้อยละ 74.1 ใกล้ที่สุด 2 กิโลเมตร ไกลที่สุด 15 กิโลเมตร

ส่วนโรงพยาบาลที่ใช้ระบบนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านของบริษัทเอกชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.3 อายุเฉลี่ย 63.3 ปี อายุมากที่สุด 81 ปี อายุน้อยที่สุด 50 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 62.0 จำนวนครั้งที่รับบริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาในการรอรับยา 1-3 ชั่วโมง ร้อยละ 54.7 เร็วที่สุด 1 ชั่วโมง นานที่สุด 8 ชั่วโมง ระยะทางนำส่งยาด้วยไรเดอร์จากโรงพยาบาลถึงบ้าน 6-10 กิโลเมตร ร้อยละ 76.3 ใกล้ที่สุด 3 กิโลเมตา ไกลที่สุด 15 กิโลเมตร

2) ข้อมูลความคิดเห็นของผู้รับบริการ ในการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน โรงพยาบาลที่พัฒนาระบบใช้เอง พบว่า ด้านบริบทของโรงพยาบาล การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านช่วยลดความแออัดในการรับบริการในโรงพยาบาลได้ มีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.8, SD=0.5) ด้านปัจจัยนำเข้าการทราบขั้นตอนการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านจากการชี้แจงโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน มีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.3) ด้านกระบวนการ ท่านได้รับยาที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และการได้รับการประสานงานจากเจ้าหน้าที่หากพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านโดยไรเดอร์มีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.3) และ ด้านการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ มีความเหมาะสมมากที่สุด โดยการได้รับยาจากการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านภายในเวลาไม่เกิน 24 ชม.ทุกครั้ง ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.5) ได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ ทุกครั้ง ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.4)

ข้อมูลความคิดเห็นของผู้รับบริการ ในการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน โรงพยาบาลที่ใช้ระบบบริษัทเอกชน พบว่า ด้านบริบทของโรงพยาบาล การนำส่งยาด้วย ไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านช่วยลดความแออัดในการรับบริการในโรงพยาบาลได้ มีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.8, SD=0.5) ด้านปัจจัยนำเข้า ทราบขั้นตอนการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านจากการชี้แจงโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน และการได้รับชนิดและจำนวนยาที่จะได้รับจากไรเดอร์ตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.8, SD=0.5) ด้านกระบวนการ การได้รับการประสานงานจากเจ้าหน้าที่หากพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านโดยไรเดอร์ มีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.3) และด้านการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ มีความเหมาะสมมากที่สุด โดยการได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกครั้ง ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.3) ได้รับคำปรึกษาที่ท่านพึงพอใจจากไรเดอร์ ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.4) และยินดีรับบริการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน อีกครั้ง หากท่านมีโอกาส ($\bar{X}$= 4.9, SD=0.4)

สรุปและการอภิปรายผล

1. ผลการดำเนินการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

1.1 การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation: C) พบว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลที่มีความเข้มแข็งในการนำนโยบายจากระดับจังหวัดลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการประชุมเพื่อสื่อสารข้อมูลระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีตั้งใจและมีความพึงพอใจเนื่องจากสามารถลดระยะเวลารอคอยการรับยาของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราศิยฉัตร บุญจวง[10] ที่ศึกษาการจัดการกองทุนธนาคารขยะเพื่อชีวิตของหมู่บ้านบะแค จังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้รับรางวัลซีโร่เวส (Zero Waste) อันดับ 1 ในเขตเทศบาลตำบลแวงใหญ่พบว่า การบริหารจัดการกองทุนธนาคารขยะที่มีประสิทธิภาพ จากผู้นำที่มีความตั้งใจมุ่งมั่นนั้น ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถจัดสรรสวัสดิการชุมชนได้อย่างเหมาะสม

1.2 การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) มีการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบ คณะกรรมการประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพมีการประชุมวางแผนอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางการปฏิบัติในการคัดเข้ารับบริการที่ชัดเจน รวมถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ จัดอบรมความรู้สำหรับไรเดอร์ และกำหนดขั้นตอนรับบริการที่ชัดเจน รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมสำหรับให้บริการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ ไชยสงค์[11] และคณะทำการศึกษา การประเมินผลเชิงพัฒนาของโรงพยาบาลมหาสารคามภายใต้การประเมินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลระยะที่ 2 ได้สรุปว่า การกำหนดรูปแบบการจัดบริการ กำหนดขั้นตอนและระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ปฏิบัติงานและร้านยา ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มจำนวนมากขึ้นและมีความพึงพอใจมากที่สุดในการด้านคุณภาพการบริการและการศึกษาของ กรแก้ว จันทภาษา[1] ทำการศึกษาการประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการที่สำคัญคือ การพัฒนาโปรแกรม PharMS เพื่อช่วยในการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ เป็นการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและส่งต่อผู้ป่วยรับยาร้านยา เครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1.3 การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation: P) มีการวางแผนดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการประชุมคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง มีระบบการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ จัดระบบการเบิกจ่ายค่าชดเชยที่ชัดเจน การกำกับติดตามและประเมินผลแบบเรียลไทม์ รวมถึงการให้บริการนำส่งยาด้วย ไรเดอร์ด้วยความเข้าใจโดยเห็นว่า สามารถช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เป็นการลดภาระของโรงพยาบาล และการปรับระบบการดำเนินงานเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ สันติ ทวยมีฤทธิ์[12] พบว่า การพัฒนาโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์ (SMS) เพื่อการควบคุมกำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณแบบ Real Time ส่งผลให้ความคิดเห็นต่อการพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไปร้อยละ 84.5

1.4 การประเมินผลลัพธ์และผลผลิต (Product Evaluation: P) การนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านเป็นโครงการที่ดี สามารถลดระยะเวลารอคอยของคนไข้ในการรอรับยาได้จริงโดยดูจากอุบัติการร้องเรียนเรื่องการรอรับยาลดลง และผู้รับบริการยินดีรับบริการนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านอีกครั้งหากมีโอกาส ส่วนการลดแออัดในโรงพยาบาลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า เนื่องจากเพิ่งเริ่มดำเนินการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ ประกอบกับมีการจำกัดการเข้าถึงของผู้ป่วยที่ไม่ใช่สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ยังไม่ชัดเจนในเรื่องลดความแออัด

1.5 ส่วนปัญหาอุปสรรคในการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ ยังไม่สามารถขยายการบริการให้มากขึ้นตามความต้องการของผู้ป่วยเนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ อีกทั้งขั้นตอนการบริการเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่การตรวจเช็คใบสั่งยาให้ตรงกับประวัติผู้ป่วย จัดยาและแพคยาแยกจากผู้ป่วยที่มารับบริการอื่นทั่วไป ซึ่งแต่ละขั้นตอนจำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนอย่างเข้มงวดเพื่อสร้างความมั่นใจในการนำส่งยาให้ไรเดอร์ ผลการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างจึงเสนอแนะให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในขั้นตอนการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ที่ชัดเจนหรือเพิ่มอัตรากำลังให้เพียงพอเพื่อให้บริการนำส่งยาด้วย ไรเดอร์ให้เกิด

ประสิทธิภาพ ลดระยะเวลารอคอย และลดแออัดในโรงพยาบาลได้ใกล้เคียงความจริงต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. สำหรับผู้บริหาร ผู้บริหารควรกำหนดการกำกับ ติดตามการดำเนินการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้านอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนปัจจัยหรือกระบวนการแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

2. สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนงานที่เป็นระบบ ติดตามผลการดำเนินงานและทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยถึงบ้าน อย่างต่อเนื่องและส่งเสริมความรู้เข้าใจของผู้รับบริการในสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการ เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็นระบบที่มีความครบถ้วนทั้งในเรื่องของการบริหารจัดการ การควบคุมคุณภาพ และระบบการจัดการข้อมูลภายหลังการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำส่งยาด้วยไรเดอร์ให้ผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรแก้ว จันทภาษา, กฤช โชติการณ์, อรนิฎา ธารเจริญ, รัตติยา แดนดงยิ่ง, ชนานันท์ ไชยคำนวณ และมันตา มองเพชร.(2564). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. การประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่บ้านเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). {อินเตอร์เนต}.2564 [สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2567}. เข้าถึงจาก: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2022/04/5.DEกาฬสินธุ์.pdf

2. กระทรวงสาธารณสุข.(2564).แผนขับเคลื่อนนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2567.ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. {อินเตอร์เนต}.2564 [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567}. เข้าถึงจาก:https://drive.google.com/drive/folders/1Z7Uy-NtGK0AkDJDWJlM0OgWr7jIqpcJR

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2564) Annual Report NKPH 2021 : รายงานประจำปี 2564 งานยุทธ์ศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.(2566). Annual Report NKPH 2023: รายงานประจำปี 2566. งานยุทธ์ศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.(2565)> Annual Report NKPH 2022: รายงานประจำปี 2565. งานยุทธ์ศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.(2567). รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ 2567. งานยุทธ์ศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.

7. รายงานการประชุม คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ด้านเภสัชกรรม) ครั้งที่ 1/2567 วันที่ 21 มีนาคม 2567 เวลา 13.00 น. – 16.30 น. ณ ห่องประชุม สมชายโชติ ปยวัชรเวลา

8. Stufflebeam, D. L. (1966). A depth study of the evaluation requirement. U.S. Office of Education, Contract No. SAE-8700.

9. Taro Yamane. (1970). Statistic: An Introductory Analysis. 2nd ed. New York: Harper & Row.

10. ปราศิยฉัตร บุญจวง.(2564). กองทุนธนาคารขยะเพื่อชีวิตกับการให้สวัสดิการชุมชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านบะแค ที่ได้รับรางวัลซีโร่เวส (Zero Waste) อันดับที่ 1 ในเขตเทศบาลตำบลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2564; 2:130-147.

11. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, จุฬารัตน ฮาดวิเศษ, กาญจนาภรณ ตาราไต, เพียงขวัญ ศรีมงคล และ รมตะวัน กาลพัฒน์.(2564). รายงานโครงการ การประเมินผลเชิงพัฒนาของโรงพยาบาลมหาสารคาม ภายใตการประเมินผลโครงการนำรองใหผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยา เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2. มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (HITAP). {อินเตอร์เนต}.2564 [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567}; เข้าถึงจาก: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2022/04/5.DEกาฬสินธุ์.pdf.
12. สันติ ทวยมีฤทธิ์.(2563). การพัฒนากระบวนการบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์อนามัยที่ 9.วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563; 14(33):52-70.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

Health Literacy, Health Awareness and Health Behaviors to prevent Diabetes and Hypertension of the Village Health Volunteers (VHVs), Lang Suan Municipality, Lang Suan District, Chumphon Province.

(Received: June 25,2025 ; Revised: June 28,2025 ; Accepted: June 29,2025)

ปัทมา คงบุญรักษ์[1]
Pattama Kongboonrak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความตระหนักด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน

ผลการวิจัย: พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่) มีค่าเฉลี่ยดีมาก 3.47 ร้อยละ 64.87 รองลงมาคือพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ไม่ดื่ม) ค่าเฉลี่ยดีมาก 3.10 ร้อยละ 44.15 ส่วนความตระหนักด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระดับพอใช้ (2.17, 2.15) ร้อยละ 79.28, 51.35 ตามลำดับ และพบว่า ความตระหนักด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับสูง (r = .676*, P-value = 0.000) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวก กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (r = .220*, P-value = 0.020) และพฤติกรรมการจัดการความเครียดระดับต่ำ (r = .214*, P-value = 0.024) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ความตระหนักด้านสุขภาพ, พฤติกรรมด้านสุขภาพ

Abstract

This research was survey research by cross-sectional study aimed at assessing the levels of health literacy, health awareness, and health behaviors, as well as the relationships between health literacy and health awareness with health behaviors in preventing diabetes and hypertension among Village Health Volunteers (VHVs) in the municipality of Lang Suan, Lang Suan District, Chumphon Province, with a sample size of 111 participants.

The results revealed that health behavior related to smoking (non-smoking) had an excellent average score of 3.47, with 64.87% of participants. The second most prominent behavior was related to alcohol consumption (non-drinking), with an excellent average score of 3.10, with 44.15% of participants. Health awareness and health literacy were found to be at a moderate level, with scores of 2.17 and 2.15, respectively, and corresponding percentages of 79.28% and 51.35% of participants. Furthermore, it was found that health awareness had a positive correlation with high-level alcohol consumption behavior (r = .676*, P-value = 0.000). Health literacy also showed a positive correlation with exercise behavior (r = .220*, P-value = 0.020) and stress management behavior (r = .214*, P-value = 0.024), with all relationships being statistically significant at the 0.05 level.

Keyword: Health literacy, Health awareness, Health behavior

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหลังสวน

บทนำ

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขจนได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ ว่าประชาชน สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพพื้นฐานได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ทั้งนี้จากปัจจุบันเมื่อมองไปในอนาคต ระบบสาธารณสุขไทยจะเผชิญความท้าทาย ในสภาวะที่โลกพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรในการเข้าสู่สังคมสูงวัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ค่านิยมของคนรุ่นใหม่ และที่สำคัญคือความก้าวกระโดดของเทคโนโลยี[1] กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนา และยกระดับระบบสุขภาพของไทย ในทุกมิติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน ในการได้รับบริการสุขภาพที่ครบวงจร มีคุณภาพมาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว มีทางเลือกในการเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสม สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ทุกที่ ทุกหน่วยบริการ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน รวมไปถึงคลินิก และร้านขายยาใกล้บ้าน โดยการใช้บัตรประชาชนใบเดียว (One ID Card Smart Hospital)[2]

ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่างๆเหล่านี้ ซึ่งกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคตมีเป้าหมายให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ตามยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)[2] กระแสการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันที่มีมากขึ้น การให้ความสำคัญกับเรื่องของสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น[1] ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ ที่กำหนดสถานะสุขภาพของประชาชน เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน หากบุคคลใดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง แม้อยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง ดังนั้น การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน จึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศได้[3] ซึ่งแนวโน้มการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เพิ่มขึ้นทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย จากการใช้ชีวิตสมัยใหม่และความเครียดจากการทำงาน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ทำให้ที่ผ่านมา ประชากรทั่วโลกมีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน และโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น โดยมีสถิติผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 41 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ส่วนประเทศไทย มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมากและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 77 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรในประเทศ หรือประมาณ 380,400 คนต่อปี ในขณะที่โรค NCDs เป็นโรคที่รักษายาก มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ซึ่งจะส่งผลต่อสถานะทางการเงินของผู้ป่วย และฐานะทางการคลังของประเทศในระยะ

ยาว รวมถึงมีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข ที่ต้องปรับไปสู่รูปแบบการให้บริการระยะยาวที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรังมากยิ่งขึ้น[1] โดยโรคเรื้อรังที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วย และตายของประชาชนชาวไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง ดังนั้นทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจนอกจากเรื่องคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้ว แต่สูญเสียสุขภาวะเพิ่มขึ้นยังต้องทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย[2]

ปีงบประมาณ 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ได้แก่ หมอคนที่ ๑ อสม.หมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ ๓ หมอเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกครอบครัวได้รับการดูแลให้คำปรึกษา ช่วยเหลือทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข สนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการภายใต้กระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบทบาทด้านสุขภาพภาคประชาชน ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[5] อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า อสม. เป็นบุคคลที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข มีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agent) สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ ของตนเองครอบครัว และชุมชน เนื่องจากมีความใกล้ชิด ประชาชนในชุมชน และได้รับการพัฒนาอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝึกฝนพัฒนาตนเองและปฏิบัติงานด้วย ความเสียสละต่อประชาชนในชุมชน จึงจำเป็นต้องรู้เข้าใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนที่ถูกต้อง รวมถึงสามารถวางแผนงานเพื่อพัฒนา และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายในชุมชนของตนเองได้[6] การให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพ และระบบกลไกองค์กร อสม. ในการเสริมสร้าง การดูแลสุขภาพคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง ให้สามารถทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายหนุนเสริมการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่การเป็นสมาร์ท อสม. และ อสม.หมอประจำบ้าน ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนในชุมชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และยั่งยืน[5] ซึ่งมีการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. คือความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพศ และแหล่งรายได้ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต คือ ระดับสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาทำงาน[7] ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานแผนงานนโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุข งานพัฒนาบุคลากรและงานวิชาการในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหลังสวน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของ

อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

2. เพื่อศึกษาความตระหนักด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความตระหนักด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือน มีนาคม พ.ศ.2568 – เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากจำนวน 10 ชุมชน จำนวน 111 คน ในเขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดย ทำหนังสือเชิญร่วมกิจกรรม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหลังสวน มีสติสัมปชัญญะดี มีระดับการรับรู้ปกติ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จำนวนตัวอย่าง (sample) 111 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือแบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพัฒนาโดยกองสุขศึกษา[8] ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตัวเลือก ตอนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการกระทำที่สามารถทำได้ตั้งแต่ทุกครั้ง จนถึงไม่ปฏิบัติ โดยกรณีข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนน เท่ากับ 5 – 1 และกรณีข้อคำถามเชิงลบ มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 - 5 ตอนที่ 3 แบบวัดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความคิดเห็นตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกรณีข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนเท่ากับ 5 – 1 และกรณีข้อคำถามเชิงลบ มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 - 5 และตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึง ปฏิบัติทุกวัน โดยกรณีข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนเท่ากับ 5 – 1 และกรณีข้อคำถามเชิงลบ มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 - 5

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และให้รหัสรายคน บันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 018/2568 และใช้เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหลังสวน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.19 เพศชาย ร้อยละ 10.81 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 40.54 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 31.53 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 23.42 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับ ปวช. ร้อยละ 22.53

ผลการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.25 ได้แก่ ความสามารถเข้าใจความหมายของเครื่องหมายและตัวเลขด้านสุขภาพได้เช่นค่าความดันโลหิตค่าระดับน้ำตาลในเลือดค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งและบ่อยครั้ง เท่ากัน ร้อยละ 42.34 รองลงมาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 4.0 (4.05, 4.11 และ 4.05 ตามลำดับ) ได้แก่ ความสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดีจากแหล่งต่างๆ เช่น จากผู้รู้สื่อสิ่งพิมพ์สื่อออนไลน์เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 62.16, ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้อ่านหรือฟังมาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างเข้าใจ โดยปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 63.06 และสามารถพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลเพื่อนำมาปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง โดยปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 61.26 และด้านอื่นๆ ซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ยตามลำดับ 3.92, 3.80 3.73 3.34 (ได้แก่ การเลือกปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของผู้ที่ใช้แล้วได้ผลดี ส่วนใหญ่ปฏิบัตินานๆครั้ง ร้อยละ 51.35 ความสามารถอธิบายหรือทบทวนวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่นแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้อื่นได้ ผู้ตอบส่วนใหญ่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 46.85 สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลจากชื่อหน่วยงาน ชื่อผู้เขียน วันเดือนปีที่เผยแพร่ที่ทันสมัย ส่วนใหญ่สามารถทำได้บ่อยครั้ง ร้อยละ 49.56 การขอให้ผู้อื่นซักถามเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่นแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแทน แล้วจึงนำมาปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ ผู้ตอบส่วนใหญ่ปฏิบัตินานๆครั้ง ร้อยละ 40.54

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงถึงความตระหนักด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อคำถามที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.32 ได้แก่ ข้อคำถามว่าโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอาจเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ53.15 รองลงมา มีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.23 และ 4.05 ตามลำดับ ได้แก่ ข้อคำถามว่าฉันรู้สึกสดชื่นแข็งแรง ฉันคิดว่าฉันได้พักผ่อนอย่างเพียงพอจึงเป็นภูมิคุ้มกันที่ดี ส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ59.46 และฉันเชื่อว่าฉันออกกำลังกายเป็นประจำ ฉันจะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ ส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ 66.67 ส่วนด้านอื่นๆ ที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 4.0 (3.99, 3.62, 3.26 2.88 และ2.70 ตามลำดับ) พบว่า การพักผ่อนวันละ 8 – 10 ชั่วโมง เป็นเรื่องที่ทำให้เสียเวลาในการทำอย่างอื่น ผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 60.36 ฉันคิดว่าคนอ้วนมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม ผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ38.74 ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ไม่อยากออกกำลังกาย ผู้ตอบส่วนใหญ่เห็นด้วย ร้อยละ34.23 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้

ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องต้องหยุดงานสูญเสียรายได้ ผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 40.54 และข้อคำถาม ครอบครัวของฉันมีสุขภาพแข็งแรงจึงไม่เสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผู้ตอบส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 59.55

ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ ได้แก่ การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การสูบบุหรี่, และการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.84 คือ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ ยาสูบหรือบุหรี่ไฟฟ้า โดยส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 92.80 รองลงมาคือ ระดับคะแนนเฉลี่ย 4.74 และ 4.30 ตามลำดับ คือ การไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ยาดองเหล้า โซจู เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 87.39 และการไม่ได้รับควันบุหรี่ ยาสูบ บุหรี่ไฟฟ้าจากคนใกล้ชิด โดยส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 65.76 ส่วนพฤติกรรมอื่นที่ระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.0 ได้แก่ การไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่นลูกอม ขนมเชื่อมหรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 1 – 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 44.14 การไม่กินอาหารรสเค็มหมักดอง หรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 43.24 การไม่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่นน้ำอัดลม น้ำแดง น้ำเขียว ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 44.15 และการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณ 30 นาที เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานโดยใช้แรง เป็นต้น ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 6 -7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 42.34 (ระดับคะแนนเฉลี่ย 4.10, 4.06, 4.05 และ 4.05 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ ที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 4.0 คือ 3.70, 3.65, 3.54, 3.40 และ 3.33 ตามลำดับ ได้แก่ ฉันกินอาหารวันละ 3 มื้อแบ่งเป็นผัก2 ส่วน ข้าว1 ส่วน โปรตีน 1 ส่วน ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 4 – 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 48.65 ฉันกินอาหารที่มีไขมันสูงเช่นอาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน เป็นต้น ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 1 – 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 50.45 ฉันหาเวลาผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือดูหนังฟังเพลง ออกกำลังกาย นั่งสมาธิในระหว่างวัน ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 4 – 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 35.14 ฉันพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้มีประสบการณ์เพื่อแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 4 – 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 42.34 ฉันออกกำลังกายต่อเนื่องประมาณ 30 นาทีจนรู้สึกเหนื่อย หรือมีเหงื่อออก ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 4 – 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 34.23 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.00 คือ การกินผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัดเช่นชมพู่ฝรั่ง ส้มมะละกอ สับปะรด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม ส่วนใหญ่ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 36.94

สรุปผลการประเมินระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ (กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่) มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.47 โดยส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนดีมาก ร้อยละ 64.87 รองลงมาคือ พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (กลุ่มตัวอย่างไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) ค่าเฉลี่ย 3.10 ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนดีมาก ร้อยละ 44.15 ส่วนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.15 โดยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพอใช้ ร้อยละ 51.35 และ ความตระหนักด้านสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพอใช้ 79.28 (2.15 และ 2.17 ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความตระหนักด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่า ความตระหนักด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ส่วนปัจจัยอื่นๆไม่พบความสัมพันธ์

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีระดับการศึกษาที่หลากหลาย โดยการศึกษานี้ได้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพจากหลายมิติ ดังนี้

ผลการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อสม.มีความสามารถสูงในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย ซึ่งสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ทุกครั้งหรือบ่อยครั้ง และยังมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งการทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้อ่านหรือฟังมา เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดี โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ขณะเดียวกัน การพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูล เพื่อการดูแลสุขภาพก็ทำได้บ่อยครั้งเช่นกัน ในด้านอื่นๆ เช่น การเลือกปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของผู้ที่ใช้แล้วได้ผลดี และการขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ พบว่า อสม.บางส่วนยังไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านี้บ่อยครั้ง ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุ หรือระดับการศึกษา สรุปได้ว่า อสม.มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงในหลายด้าน แต่ยังคงมีบางด้านที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม เช่น การเลือกปฏิบัติตัวตามคำแนะนำจากผู้ที่ใช้แล้วได้ผลดี หรือการขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแสดงว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้วิธีให้ผู้อื่นซักถามแทนตน และผู้ตอบสามารถสื่อสารหรืออธิบายกับผู้เชี่ยวชาญได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการฝึกอบรม หรือข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุมในบางส่วน ในการประเมินข้อมูลและการตัดสินใจ โดยพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลเพื่อนำมาปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง แสดงว่าผู้ตอบมีความสามารถในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลเพื่อนำมาปรับใช้และสามารถเลือกปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของผู้ที่ใช้แล้วได้ผลดีได้คะแนนต่ำสุด สะท้อนว่าไม่ค่อยมีแนวโน้มเลือกปฏิบัติตามผู้อื่นโดยไม่พิจารณา ส่วน สรุประดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางดี เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีความสอดคล้องในเรื่องของการมีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงในกลุ่ม อสม.[9] พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.คือความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพศ และแหล่งรายได้ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต คือ ระดับสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาทำงาน[7] ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก[6,7,10] โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการปฏิบัติตน ได้ถูกต้องจนเชี่ยวชาญและยั่งยืน ระดับดี ร้อยละ 45.74 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ระดับพอใช้ ร้อยละ 39.01 คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 12.11 และระดับ ไม่ดีคือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน ร้อยละ 3.149 และภาพรวมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ระดับดี (ร้อยละ 47.20) สูงกว่าระดับประเทศซึ่งอยู่ระดับดี ร้อยละ 38.18[7] มีความเข้าใจในเรื่องความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง ร้อยละ 88.17 มีทัศนคติต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (S.D.=0413) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน[11] อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.23, S.D. = 0.82) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Mean = 3.31, S.D. = 0.78) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (Mean = 3.30, S.D. = 0.81) และด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูล (Mean = 3.29, S.D. = 0.81) ขณะที่ด้านการบอกต่อมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 3.05, S.D. =

0.84)[12] และการศึกษาที่พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ คือมีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 62.84 มีความรอบรู้ในระดับไม่ดีคือมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนร้อยละ 30.6 และระดับดีมากคือมีความฉลาดทางสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญร้อยละ 6.56 โดย อสม.ที่มีอายุ 15-45 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ ร้อยละ 66.67 และอายุ ≥46 ปีขึ้นไปมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ร้อยละ 60.68[13] และการศึกษาที่พบว่า อสม. มีความรอบรู้อยู่ในระดับดีมากคือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องจนเชี่ยวชาญและยั่งยืน ร้อยละ 45.74 ระดับดี คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ร้อยละ 39.01 ระดับพอใช้คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 12.11 และระดับไม่ดี คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนร้อยละ 3.14[14]

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงถึงความตระหนักด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อสม. มีความตระหนักด้านสุขภาพในหลายๆ ด้านที่สำคัญ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการควบคุมสุขภาพของตนเอง ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอาจเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวาย หรือโรคหลอดเลือดสมอง และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า อสม.ส่วนใหญ่เห็นด้วย ต่อคำถามนี้ ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความเข้าใจในความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม และบางส่วนการตระหนักถึงผลกระทบของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการทำงานและการสูญเสียรายได้ ส่วนการเห็นด้วยว่าครอบครัวของตนเองมีสุขภาพแข็งแรงจึงไม่เสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าครอบครัวอาจเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการมองถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น แสดงว่าผู้ตอบมีความตระหนักว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว โดยส่วนใหญ่ ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ ความรู้สึกสดชื่นแข็งแรง และการเชื่อมั่นในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม.มีความตระหนักในด้านการดูแลสุขภาพผ่านการออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เพียงพอ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคทั้งสองประเภท ในด้านอื่นๆ ที่มีคะแนนเฉลี่ยกว่า เช่น การพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมงและการรู้สึกว่าคนอ้วนมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม โดยในคำถามบางข้อผู้ตอบมีความคิดเห็นที่ไม่เห็นด้วย เช่น การพักผ่อน 8-10 ชั่วโมงว่าเป็นการเสียเวลา แต่ก็ยังมีบางคนที่มีความเห็นตรงกันข้าม รู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีและได้พักผ่อนเพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมภูมิคุ้มกัน และคำถามเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องจนทำให้สูญเสียรายได้ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการขาดความตระหนักในบางด้านหรือการมองเห็นความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง พบว่าผู้ที่รับรู้ถึงความสำคัญของการพักผ่อนและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้เรื่องการออกกำลังกายและการพักผ่อนมีความสำคัญ แต่ในบางกรณีการพักผ่อนอาจไม่ได้รับการตระหนักถึงในมุมมองที่เหมาะสม ชี้ให้เห็นว่า ผู้ตอบเชื่อว่า การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูงได้ โดยผู้ตอบส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับความสำคัญของการออกกำลังกาย แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ตอบบางส่วน ที่เห็นว่าการหยุดงานหรือการรักษาอาจทำให้สูญเสียรายได้ ส่วนการตระหนักถึงการพักผ่อนและการออกกำลังกาย เห็นว่าการพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมงไม่ได้เป็นการเสียเวลา และความเหนื่อยล้าจากการทำงานอาจส่งผลให้ผู้ตอบไม่อยากออกกำลังกาย และสรุปการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยรวมแล้ว ผู้ตอบมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพในหลายๆด้าน แต่ยังคงมีบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติที่ไม่มั่นคงเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ เช่น การพักผ่อนและการออกกำลังกาย

ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ ได้แก่ การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การสูบบุหรี่, และการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ ยาสูบหรือบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งแสดงถึงความระมัดระวังและความตระหนักถึงความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ในกลุ่ม อสม.โดยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ การไม่ได้รับควันบุหรี่ยาสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากคนใกล้ชิด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมและส่งเสริมสุขภาพอย่างยิ่งในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นสุราเบียร์ไวน์เหล้าขาวยาดองเหล้าโซจู เป็นต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ซึ่งมีผลกระทบต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหลอดเลือดและการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนพฤติกรรมอื่นคือ การไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่นลูกอม ขนมเชื่อมหรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง แสดงถึงความตระหนักในการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การไม่กินอาหารรสเค็มหมักดองหรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร การไม่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่นน้ำอัดลม น้ำแดง น้ำเขียว และการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวันประมาณ 30 นาทีเช่นเดินไปทำงาน ทำงานบ้านทำงานโดยใช้แรง เป็นต้น การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำมีผลในการลดความเสี่ยงจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การกินผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัดเช่นชมพู่ฝรั่งส้ม มะละกอ สับปะรด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความถี่ในการบริโภคผักและผลไม้สดในกลุ่มตัวอย่างยังค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งมีผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและการป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการพบว่าแม้ว่าผู้ตอบจะมีความรู้ในเรื่องสุขภาพที่ดี แต่ยังขาดการนำความรู้นั้นไปใช้ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่า อสม.มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ[6,10] พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 58.83, S.D. = 6.30)[15] สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 3.09, S.D. = 0.88) โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ย สูงสุด คือ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Mean = 3.49, S.D. = 0.76) รองลงมาคือ การไม่สูบบุหรี่ (Mean = 3.34, S.D. = 0.79) และการไม่ดื่มสุรา (Mean = 3.20,

S.D. = 0.69) ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.47, S.D. = 1.08) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับดีแต่ยังควรส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาวะ และลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในชุมชน[12] สำหรับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมร้อยละ 53.36 รองลงมาอยู่ในระดับดี คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.77 และระดับพอใช้คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเล็กน้อย ร้อยละ 9.87[14] มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อยู่ในระดับพอใช้คือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณเพียงพอ ร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีคือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้องร้อยละ 30.1 และระดับดีมากคือมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณมากเพียงพอต่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนจนเชี่ยวชาญร้อยละ 3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (P=.026) โดย อสม.ที่มีอายุ 15-45 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ ร้อยละ 66.67 และอายุ ≥46 ปีขึ้นไปมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 60.68 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 (r=.539)[13] การประเมินระดับความรอบรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพอใช้ ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่สูงมากนัก แม้ว่าผู้ตอบจะมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ความรู้ที่มีอยู่ยังไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ในการดูแลตนเอง คำอธิบายนี้อาจเชื่อมโยงกับข้อจำกัดในด้านการศึกษา และการขาดแหล่งข้อมูลที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมสำหรับกลุ่ม อสม. ระดับความตระหนักด้านสุขภาพ ผลการประเมินระดับความตระหนักด้านสุขภาพพบว่า โดยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพอใช้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ แต่ยังขาดการประยุกต์ใช้ความรู้เหล่านั้นในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเต็มที่ การตระหนักถึงสุขภาพสามารถส่งผลดีต่อการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคต่างๆ แต่การขาดความรู้ที่เพียงพออาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินการตามมาตรการสุขภาพที่เหมาะสม และด้านพฤติกรรมสุขภาพด้าน การสูบบุหรี่ อยู่ในระดับ ดีมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ดีในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพโดยรวม รองลงมาคือ พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยส่วนใหญ่ได้รับการประเมินในระดับ ดีมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า อสม.ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะในเรื่องของการเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคตับและมะเร็ง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า อสม.ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ดีในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดความเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ในด้านของความรอบรู้และความตระหนักด้านสุขภาพยังคงมีการพัฒนาได้มากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของการเข้าใจและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การให้ความรู้และฝึกอบรมเพิ่มเติมในเรื่องสุขภาพควรเป็นสิ่งที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูน

ความรอบรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพอย่างจริงจัง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความตระหนักด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่า ความตระหนักด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง (r = .676*, P-value = 0.000) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ซึ่งแสดงว่าเมื่อ อสม. มีความตระหนักถึงอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ อสม. มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนี้

รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวก กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (r = .220*, P-value = 0.020) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด (r = .214*, P-value = 0.024) ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายและจัดการความเครียดได้ดีขึ้น แม้จะเป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ แต่ก็มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งบ่งชี้ว่าความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอาจกระตุ้นให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในบางด้านได้ แต่ในด้านอื่นๆ เช่น การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลับพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเหล่านี้ (P-value > 0.05) ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าแม้ว่าผู้ตอบจะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ความรู้ดังกล่าวอาจไม่ได้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในด้านเหล่านี้ ซึ่งต้องการการกระตุ้นหรือการฝึกฝนที่มากกว่านี้ อย่างไรก็ตาม ในด้านอื่นๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด กลับพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ ระหว่างความตระหนักด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ (P-value > 0.05) ซึ่งอาจแสดงว่าแม้จะมีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ แต่การตระหนักนั้นอาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้[11] พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ ปัจจัยด้าน เพศ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) ความรู้ ทัศนคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ และการสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนปัจจัยด้านการมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง[15] ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้เจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ โดยการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพอีกทั้งกระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพตลอดจนสร้างสรรค์งานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ[16] ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในการป้องกัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่า r =. 076 (P-value)[17] ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (P=.026) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 (r=.539)[13]

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับบางพฤติกรรม

สุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจสะท้อนว่า การมีความรอบรู้ในเรื่องสุขภาพสามารถส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบางด้าน แต่ไม่ได้ผลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในทางกลับกัน ความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์สูง กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ พวกเขาจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนี้ได้มากขึ้น แต่ก็ยังไม่ได้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารหรือการออกกำลังกาย ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ ความตระหนักด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่ก็พบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้หรือความตระหนักเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการส่งผลต่อพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่หรือการบริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในด้านสามารถประเมิน ทำความเข้าใจ ประเมินผลและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพมีความสำคัญ ไม่ใช่แค่เรื่องของทักษะของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และระดับความซับซ้อนของข้อมูลด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก[18] โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นจะต้องมีทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีทักษะด้านการสื่อสาร เลือกและประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง และมีทักษะทางปัญญาและสังคมเพื่อเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์และจัดสถานการณ์ในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองให้เหมาะสม[19] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้และตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ แต่พฤติกรรมเหล่านี้ยังคงมีอยู่[9] และพบว่าความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา[10] ผลการศึกษาความสัมพันธ์ ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้านโภชนาการ (r=0.416) ด้านการออกกำลังกาย (r=0.512) ด้านการจัดการความเครียด (r=0.181) ด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัยที่ดี (r=0.41) ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ (r=0.345) ด้านการออกกำลังกาย (r=0.239) ด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัยที่ดี (r=0.594) และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกด้าน[11] ซึ่งสรุปได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น เป็นทั้งวิธีการและผลลัพธ์ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน รวมถึงบุคลากรในระบบสุขภาพทุกคน การเร่งให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องมีกรอบการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม ที่จะทำให้เกิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะในระดับบุคคลที่ต้องส่งเสริมบริบทของสิ่งแวดล้อม ง่ายต่อการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ที่จะไปสนับสนุนให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี[5]

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการเสริมสร้างทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพและความตระหนักด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. โดยการสนับสนุน การฝึกอบรมและจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). 2559. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2565). คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษา ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). แผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567. 2566. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/21112023-113615-1061.pdf
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ 2565. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20220425143451O886.pdf
6. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ, พลอยไพลิน จันทร์มณี.(2562). การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11. 2562. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2019-09-03-1-18-2840654.pdf
7. สุวรรณา หล่อโลหการ, ประพรศรี นรินทร์รักษ์.(2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(3): 414-422.
8. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2568). แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.
9. ศิริศักดิ์ วงษ์ทอง.(2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล. 2562; 10(2): 45-56.
10. กฤศภณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว.(2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2565; 14(1): 206-218.
11. กชพรรณ ปิยะชานนท์.(2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: https://sbo.moph.go.th/sbo/file/Document30.pdf 2568.
12. รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, จงกลณี ตุ้ยเจริญ, สุรีพร แสงสุวรรณ, สุระพงษ์ ฝ่ายเคนา, นลป์ธนัญศ์ ไชยวงค์.(2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสุขศึกษา. 2568; 48(1): 1-11.
13. อารีย์ แร่ทอง.(2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562; 15(3). [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/8218
14. เบญจวรรณ บัวชุ่ม.(2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจิ้ว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563; 16(3): 49-58.
15. อัญชลี สามงาม.(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2562. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:186561

16. ชินตา เตชะวิจิตรจารุ.(2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(1): 1-11.
17. บำรุง รื่นเริง.(2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองสาม หมู่ที่ 5 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. 2567. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: https://ptepho.moph.go.th/main/Fileupload/ejournal/ptepho878520837.pdf
18. Van der Heide I, Poureslami I, Mitic W, Shum J, Rootman I, FitzGerald JM.(2018). Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. J Clin Epidemiol. 2018;102:85-94. doi: 10.1016/j.jclinepi.2018.05.010.
19. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P.(2018). Improving health literacy in community population: a review of progress. Health Promot Int 2018; 33(5): 901-11.

รูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Self-care model for service recipients with hyperlipidemia, Health Center, Occupational Medicine, Kalasin Hospital.

(Received: June 25,2025 ; Revised: June 28,2025 ; Accepted: June 29,2025)

กรชนก ภูจอมนิล[1]
Krachanok Phuchomnil[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) วัดก่อน - หลัง แบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 20 เดือน เมษายน 2568 ถึง วันที่ 21 เดือนมิถุนายน 2568 รวม 2 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบไขมันในเลือดสูง 102 ราย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินงาน ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรอบรู้การดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

Abstract

This research is a quasi-experimental research, pre-post measurement, single group. The objectives are to study the knowledge and behavior of service recipients with hyperlipidemia, Healthy Center, Occupational Medicine, Kalasin Hospital, and self-care patterns of service recipients with hyperlipidemia, Healthy Center, Occupational Medicine, Kalasin Hospital. The study period is between April 20, 2025 and June 21, 2025, a total of 2 months. The sample group consists of 102 service recipients with hyperlipidemia, Healthy Center, Occupational Medicine, Kalasin Hospital, found with high blood fat. Data were collected from questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The results of the study found that after the operation, the knowledge and self-care behavior of service recipients with hyperlipidemia, the Health Center, Occupational Medicine, Kalasin Hospital, after the operation, both overall and in each aspect, were at the highest level. The knowledge and health behavior of service recipients with hyperlipidemia, the Health Center, Occupational Medicine, Kalasin Hospital, before and after the operation were found to be significantly different at the 0.05 level, where the knowledge of self-care of service recipients with hyperlipidemia, the Health Center, Occupational Medicine, Kalasin Hospital, after the operation was better than before the operation.

Keywords: Self-care, Service recipients with hyperlipidemia

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ภาวะนี้หมายถึงการมีระดับไขมันในเลือดสูงเกินค่ามาตรฐาน โดยเฉพาะระดับคอเลสเตอรอลไม่ดี (LDL) และไตรกลีเซอไรด์ที่สูง ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไขมันในเลือดสูงมักไม่มีอาการชัดเจนในระยะแรก แต่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองตีบ อาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือเวียนศีรษะ การตรวจสุขภาพประจำปีจึงเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจพบภาวะนี้ตั้งแต่เนิ่น ๆ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยทั่วโลกประมาณหนึ่งในสามของโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากไขมันในเลือดสูง โดยรวมแล้ว คอเลสเตอรอลที่สูงถูกประเมินว่าเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตประมาณ 2.6 ล้านคน (คิดเป็น 4.5% ของทั้งหมด) และทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาพ (DALYs) ถึง 29.7 ล้านปี หรือ 2% ของ DALYs ทั้งหมดโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา[1,2,3]

สำหรับประเทศไทย ภาวะไขมันในเลือดสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีพฤติกรรมการกินอาหารไม่เหมาะสม จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พบว่ามีประชาชนมีคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 60.2 โดยพบในเพศหญิง ร้อยละ 46.7 ชาย ร้อยละ 40.8 ระดับเฉลี่ยคอเลสเตอรอลประชากรไทย 196.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าเฉลี่ยในเพศหญิงสูงกว่าชาย และระดับไขมันโดยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นตามอายุ นั่นคือเพศชายสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปี และหญิง60-69 ปี[4,5]

เพื่อจัดการกับภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยควรให้ความสนใจ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่สามารถช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หนึ่งในคำแนะนำที่สำคัญคือการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ เช่น อาหารทอด ขนมขบเคี้ยว และอาหารที่มีน้ำตาลสูง ควรเลือกบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ และโปรตีนจากแหล่งที่ดี เช่น ปลาและถั่ว นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ซึ่งสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือการเล่นกีฬา การออกกำลังกายไม่เพียงแต่ช่วยลดระดับไขมันในเลือด แต่ยังช่วยควบคุมน้ำหนัก ปรับปรุงสุขภาพหัวใจ และเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง นอกจากนี้ การตรวจสุขภาพเป็นประจำก็มีความสำคัญในการเฝ้าระวังระดับไขมันในเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถติดตามผลและปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การดำเนินการตามคำแนะนำเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

การส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในยุคที่ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกระบวนการที่มุ่งเน้นให้บุคคลและชุมชนมีความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่กำหนดสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการใช้ชีวิต สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพนั้นสามารถทำได้ผ่านกลยุทธ์หลายประการ เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบ

บริการสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีคุณภาพ ในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเอง การสร้างทีมงานและความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพในชุมชนจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน อีกหนึ่งแนวทางที่สำคัญคือการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การใช้สื่อสารสนเทศเพื่อเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อช่วยติดตามพฤติกรรมสุขภาพ หรือการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกายและโภชนาการที่ดี ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน สำหรับผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง การส่งเสริมสุขภาพรูปแบบการดูแลตนเองเป็นกระบวนการสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ซึ่งมักเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดูแลตนเองที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์สูง เช่น อาหารทอด ฟาสต์ฟู้ด และขนมขบเคี้ยว ควรเลือกบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืชไม่ขัดสี ผัก และผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ (ประมาณ 400 กรัมต่อวัน) เพื่อช่วยลดระดับไขมันในเลือด นอกจากนี้ การบริโภคโปรตีนจากแหล่งที่ดี เช่น ปลา ถั่ว และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ยังสามารถช่วยลดระดับไขมันไม่ดี (LDL) ในเลือดได้อีกด้วย การออกกำลังกายก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ โดยควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30-50 นาทีต่อวัน 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายประเภทแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว วิ่งเบา ๆ หรือปั่นจักรยาน จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพหัวใจและลดระดับไขมันในเลือด นอกจากนี้ยังช่วยควบคุมน้ำหนัก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงจากโรคร้ายแรง ส่วนการตรวจสุขภาพเป็นประจำก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงควรตรวจระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผล หากพบว่ามีระดับไขมันสูง แพทย์อาจแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือใช้ยาลดไขมันร่วมด้วย โดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ และต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด สรุปแล้ว การส่งเสริมสุขภาพรูปแบบการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนั้น ไม่เพียงแต่ช่วยลดระดับไขมันในเลือด แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงจากโรคร้ายแรงต่าง ๆ การตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวและสุขภาพดีได้อย่างยั่งยืน

สถานการณ์ผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยมีระดับ LDL สูงกว่า 100 มก./ดล. โดยภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพสำคัญของกลุ่มผู้รับบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงาน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่ยังไม่ปรับเปลี่ยน เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูงและขาดการออกกำลังกาย รวมถึงข้อจำกัดด้านความรู้และทัศนคติที่ยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ระบบติดตามและให้คำปรึกษายังไม่ต่อเนื่องเพียงพอ ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และโรคร่วม เช่น ภาวะอ้วนและเบาหวาน ก็เป็นอุปสรรคในการควบคุมระดับไขมันในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ผ่านการให้ความรู้และการสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่

เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการตรวจสุขภาพเป็นประจำ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) วัดก่อน - หลัง แบบกลุ่มเดียว มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2567 ทั้งหมด 3,866 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบไขมันในเลือดสูง 264 ราย

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2\ p(1-p)}{d^2\ (N-1)+ Z^2\ a/2\ p(1-p)}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ

N = ขนาดประชากรที่ทราบแน่ชัด 3,866 คน

P = ค่าสัดส่วนประชากร ได้จากผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2567 ทั้งหมด 3,866 ราย พบว่า ไขมันในเลือดสูง 264 ราย คิดเป็นสัดส่วนคือ 0.07

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ในที่นี้ใช้ 5% = 0.05 Z α/2 = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในที่นี้ = 1.96

แทนค่าในสูตร

n =102 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ด้านการกินยาและพบแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (4 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [7]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	พอใช้
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	ไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เท่ากับ .855 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เท่ากับ .864

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์คุณลักษณะและปัญหาบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. กำหนดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดค่า BMI ในบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3. การดำเนินการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดค่า BMI ในบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4. สรุปผลการดำเนินงานตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดค่า BMI ในบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้การดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ร่วมกับ คู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ไขมันในเลือดสูง ของคณะผู้วิจัยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและศูนย์สร้างเสริมสุขภาพคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2562)[8] ร่วมกับคู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2555)[9] ซึ่งสามารถกำหนดเป็น เนื้อหาภายใต้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย สามารถสรุปเป็นเนื้อหา ตั้งแต่ตื่นนอนเช้าจนกระทั่งนอนหลับ ผู้ป่วยความดันฯสูง ควรมีกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ อ. เอนกาย อ.ออกกำลัง อ. อาหาร อ.อิริยาบถ อ.อารมณ์ อ.อ้วนเกิน เอวเกิน และเอื้ออาทร (ของสังคม) อ.อำนวย (ของสิ่งแวดล้อม) มีระยะเวลา 8 สัปดาห์

4. การเปรียบเทียบความรอบรู้การดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรอบรู้การดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้การดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.22	0.87	4.53	0.59	31	-6.923	.000*	-1.60813	-.87625
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	3.37	0.70	4.56	0.56	31	-6.695	.000*	-1.71233	-.91267
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	3.66	0.67	4.58	0.51	31	-5.773	.000*	-1.11012	-.53051

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้การดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.55	0.90	4.48	0.56	31	-5.066	.000*	-1.42449	-.60676
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.22	0.74	4.30	0.63	31	-6.200	.000*	-1.22512	-.61863
การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	3.37	0.65	4.58	0.54	31	-8.794	.000*	-1.83825	-1.14613
รวม	3.40	0.55	4.51	0.38	31	-9.426	.000*	-1.37950	-.88873

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่พฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 2)

ตาราง 4.7 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การบริโภคอาหาร	3.43	0.52	4.69	0.27	31	-9.049	.000*	-1.37856	-.87144
การออกกำลังกาย	3.49	0.95	4.63	0.39	31	-8.017	.000*	-1.44061	-.85627
การผ่อนคลายความเครียด	3.26	0.69	4.62	0.48	31	-7.973	.000*	-1.42062	-.84188
การกินยาและพบแพทย์	3.23	0.70	3.22	0.87	31	-8.887	.000*	-1.53686	-.96314
รวม	3.35	0.61	4.29	0.31	31	-11.005	.000*	-1.37932	-.94802

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ (2562)[10] ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้คะแนนร้อยละ 65.07 อยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง จำแนกตามองค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ร้อยละ 70.11, การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 61.11, การสื่อสารสุขภาพร้อยละ 63.39, การจัดการตัวเองร้อยละ 66.08, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ 59.52 และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องร้อยละ 71.30 พฤติกรรมสุขภาพ ได้คะแนนร้อยละ 76.22 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราวัลย์ เหรา นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์.(2563)[11] ได้ศึกษาการเสริมสร้าง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพ ทั้งโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จอประสาทตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน การถูกตัดขา และการเสื่อมของหลอดเลือดที่ไตจากเบาหวาน ดังนั้น จึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ร่วมกับ คู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ไขมันในเลือดสูง ของคณะผู้วิจัยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2562)[8] ร่วมกับคู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2555)[9] ซึ่งสามารถกำหนดเป็น เนื้อหา ภายใต้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย สามารถสรุปเป็นเนื้อหา ตั้งแต่ตื่นนอนเช้า จนกระทั่งนอนหลับ ผู้ป่วยความดันฯสูงควรมีกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ อ. เอนกาย อ.ออกกำลัง อ.อาหาร อ.อิริยาบถ อ.อารมณ์ อ.อ้วนเกิน เอวเกิน และอ.เอื้ออาทร (ของสังคม) อ.อำนวย (ของสิ่งแวดล้อม) มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความรอบรู้การดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดี งานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วริษา กันบัวลา ณชนก เอียดสุย และ อาภรณ์ ดีนาน. (2564)[12] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอลและไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย และคณะ (2565)[13] ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร ธรรมบรรเทิง.(2566)[14] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง ทัศนคติต่อการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรม

การป้องกันโรคไขมันในเลือดสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ในการส่งเสริมรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ศูนย์สุขภาพดีงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย อ. เอนกาย อ.ออกกำลัง อ.อาหาร อ. อิริยาบถ อ.อารมณ์ อ.อ้วนเกิน เอวเกิน และ.เอื้ออาทร (ของสังคม) อ.อำนวย (ของสิ่งแวดล้อม) มีระยะเวลา 8 สัปดาห์

2. ควรส่งเสริมการสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงแก่บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงานอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรมอบรม สื่อประชาสัมพันธ์ และการให้คำปรึกษาเชิงรุก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

3. ควรพัฒนาระบบติดตามและสนับสนุนผู้รับบริการหลังการให้ความรู้ เช่น การนัดติดตามผลการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและลดอัตราการละเลยการรักษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Su L, Mittal R, Ramgobin D, Jain R, Jain R.(2021). Current Management Guidelines on Hyperlipidemia: The Silent Killer. J Lipids. 2021 Jul 31;2021:9883352. doi: 10.1155/2021/9883352. PMID: 34394993; PMCID: PMC8363437.

2.Grundy SM, Feingold KR.(2022). Guidelines for the Management of High Blood Cholesterol. [Updated 2022 May 28]. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305897/

3. World Health Organization [WHO]. (2021). Cardiovascular disease (CVDs). Retrieved 11 July 2021 from https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/cardio vascular-diseases-(cvds)

4.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

5.สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2553-2557. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ 2559; 5: 156-68.

6.ศิรินภา สายชนะ, ไพศรี ตรีผลพันธุ์, ศิริลาวัลย์ เพิ่มทรัพย์.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2565

7. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd..

8. คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2562) คู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ไขมันในเลือดสูง ของคณะผู้วิจัยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและศูนย์สร้างเสริมสุขภาพคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

9. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555) คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

10.มนตรี นรสิงห์, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์.(2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 10(1). 35-50

11. ศิราวัลย์ เหรา นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์.(2563). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 12(1) 39-51

12. วริษา กันบัวลา ณชนก เอียดสุย และ อาภรณ์ ดีนาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (ก.ค. - ก.ย.) 2564.
13. สมจิตต์ สินธุชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, ปัฐยา วัชร ปราฎผล.(2565). รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1) 58-74
14. สมจิตร ธรรมบรรเทิง.(2566). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดสูง ตำบลโคกตาล อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(3). 1067-75

ประโยชน์ของการพัฒนาการใช้ช่องทางด่วนพิเศษในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรม

Benefit of fast-track mammogram for suspicious breast cancer patient.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ศิรฉัตร วิทยากร[1] พาทิศ อนุกุลอนันต์ชัย[2] วรรณ ภักดีไทย[2]
Sirachat Vidhyarkorn[1], Patit Anukunananchai[2], Nawon Pakdeethai[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์:เพื่อวิเคราะห์ผลของการจัดการการระบบช่องทางด่วนพิเศษในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรมในผู้ป่วยที่มีสัญญาณของมะเร็งเต้านมหรือผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ตรวจร่างกายให้สิทธิเข้ารับบริการช่องทางด่วนพิเศษในโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาระบบต่อไป มีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่มีสัญญาณของมะเร็งเต้านม หรือได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นโดยแพทย์ว่าได้รับสิทธิเข้ารับบริการช่องทางด่วนพิเศษโดยนัดหมายตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวนด์เต้านมทั้งสองข้างในระยะเวลาที่เร็วที่สุดตามความเห็นของรังสีพทย์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์,ผลการตรวจแมมโมแกรม, ผลชิ้นเนื้อ, วิธีการรักษา รวมถึงระยะเวลาในการเริ่มต้นการวินิจฉัยและการรักษาในกลุ่มประชากรนี้

ผลการศึกษา: ผู้ร่วมโครงการมี 187 ราย อาการผิดปกติที่พบมากที่สุด 2 ลำดับแรกคือ มีก้อนที่เต้านม 156ราย (ร้อยละ83) และ ปวดเต้านม 51ราย (ร้อยละ27), หลังการเข้าตรวจแมมโมแกรมพบว่ามีความจำเป็นต้องตรวจ ชิ้นเนื้อเพิ่มเติม 120ราย (ร้อยละ 64.2) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 89ราย (ร้อยละ 47.6) นอกจากนี้ ช่องทางด่วนพิเศษสามารถลดระยะเวลาเฉลี่ยของการรอคอยคิวตรวจแมมโมแกรมผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 2 วัน ลดลงจากระยะเวลารอคอยเดิมคือ 6 ถึง 8 เดือนและพบว่าผู้ป่วยในช่องทางด่วนพิเศษมีระยะเวลารอคอย การตรวจชิ้นเนื้อเฉลี่ย 4 วัน ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย 24 วันและระยะเวลารอคอยเคมีบำบัดเฉลี่ย 42 วัน

คำสำคัญ: การตรวจแมมโมแกรมในช่องทางด่วนพิเศษ, ระยะเวลารอคอยคิวตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์, มะเร็งเต้านม, BIRADS

ABSTRACT

This study was retrospective aimed to benefit of fast-track mammogram for suspicious breast cancer patient. And the results of the use of mammogram for suspicious breast cancer patients.

Method: conducted on a population presenting with clinical signs suggestive of breast cancer, abnormal breast symptoms, or relevant medical histories that warranted fast-track mammography referral by physician. Participants underwent mammography and breast ultrasound at the earliest feasible time, based on radiologist's assessment. The study tracking medical history, time to mammography, interventional procedures, and time to initiation of treatment. Data analysis encompassed a review of medical histories, mammographic findings, histopathological results, treatment modalities, and timelines to diagnosis and treatment initiation within this patient population.

Results: Participants for fast-track mammogram for suspicious breast cancer project were 187 cases. The two most frequently reported symptoms were palpable breast lumps (156 cases; 83%), breast pain (51 cases;27%). The project participants have biopsy 120 cases (64.2%). Biopsy results (89 cases;47.6%) were confirmed as malignant. The implementation of the fast-track system significantly reduced waiting times. While the standard waiting time for routine mammography ranged from 6 to 8 months, the fast-track pathway reduced the average waiting time for

[1] นายแพทย์ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น
[2] โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน

mammography to 2 days. The average waiting period for biopsy was 4 days, for surgical intervention 24 days, and for initiation of chemotherapy 42 days.

Keywords: fast track mammogram, breast cancer, BIRADS, waiting times for mammogram

บทนำ

มะเร็งเต้านมถือเป็นโรคร้ายที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยจากสถิติของ Global Cancer Statistics ปี 2022 พบว่า อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทยอยู่ที่ 37.4 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 21,628 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.2 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิงทั้งหมดของปีนั้น[1]

ความสำคัญของการตรวจพบมะเร็งเต้านมในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (early stage), ส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตสูง โดยที่ระยะแรกที่ 1 อัตราการรอดชีวิต ณ 5ปี จะอยู่ที่ 94.40% ระยะที่ 2 อยู่ที่ 85% ระยะที่ 3 อยู่ที่ 56.60% และระยะที่ 4 อยู่ที่ 28.30% ตามลำดับ มีผลการรักษาดี ภาวะแทรกซ้อนต่ำ และสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านมได้(Breast-conserving surgery)[2] แม้ในปัจจุบันการตรวจมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทยสามารถตรวจได้หลายวิธี เช่น วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, การตรวจโดยแพทย์หรือพยาบาล, การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม(Mammogram), อัลตร้าซาวด์เต้านม (Ultrasound) หรือ MRI แต่วิธีที่เป็นมาตรฐานและนิยมใช้ในไทยคือการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ เพราะมีความแม่นยำสูงและเหมาะสมกับผู้หญิงไทยที่ส่วนใหญ่มีเนื้อเยื่อเต้านมหนาแน่น[3,4,5,6] การส่งตรวจแมมโมแกรมสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการส่งตรวจได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

การตรวจคัดกรอง(screening)คือ ตรวจหามะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่ไม่มีสัญญาณหรืออาการผิดปกติการตรวจวินิจฉัย(Diagnosis)คือ ตรวจหามะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มีอาการสงสัย เช่น คลำพบก้อน, ปวดเต้านม, ผิวหนังเต้านมหนาขึ้น, มีของเหลวไหลออกจากหัวนม หรือมีการเปลี่ยนแปลงของขนาดหรือรูปร่างของเต้านมการตรวจติดตาม(Surveillance) คือ ตรวจติดตามความผิดปกติของเต้านมจากการศึกษาการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงในประเทศไทย พบว่าการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งเต้านม เพื่อคัดแยกผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง (ประกอบด้วย อายุ, BMI, ภาวะหมดประจำเดือน, การใช้ฮอร์โมน,มีความเสี่ยงสูงอยู่ในช่วงคะแนน >1.15) และส่งต่อเข้ารับการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ มีแนวโน้มเพิ่มการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นและลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ เมื่อเทียบกับการตรวจคัดกรองด้วย เครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์แล้วแต่โอกาส[7] แต่ในความเป็นจริง แม้ว่าการประเมินความเสี่ยงสามารถดำเนินการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 9,913 แห่งทั่วประเทศ โดยพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุข แต่ข้อจำกัดในจำนวนของรังสีแพทย์, เครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ รวมถึงการกระจายตัวที่มีอยู่ในระบบบริการปัจจุบันยังอยู่เฉพาะในเมืองใหญ่[8] เมื่อพิจารณาด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ยังพบว่าแนวทางนี้ไม่คุ้มค่าเพียงพอในบริบทของประเทศไทย และอาจไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในวงกว้าง[7]

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เน้นนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง คือ ผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและมีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม สามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการใน

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพ อย่างไรก็ตาม จากแนวโน้มจำนวนผู้เข้ารับการตรวจแมมโมแกรมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการรอคิวตรวจที่ยาวนาน อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและเครื่องมือ เป็นผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและเริ่มต้นการรักษา และยังสร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยในระหว่างรอรับบริการ เพื่อลดปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลหลายแห่งได้พัฒนาแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่[9] โดยในกรณีของโรงพยาบาลขอนแก่น ได้มีการให้บริการ "ช่องทางด่วนพิเศษ" (Fast-track) สำหรับผู้ป่วยที่มีสัญญาณของมะเร็งเต้านม หรือได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นโดยแพทย์ว่าเข้าข่ายได้รับสิทธิ์ Fast-track โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เร็วที่สุดตามความพร้อมของระบบ อย่างไรก็ตามแม้ว่ามีหารให้บริการมาแล้วในระยะหนึ่ง แต่ระบบดังกล่าวยังขาดการกำหนดข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนร่วมกัน ไม่เคยมีการประเมินอย่างเป็นระบบถึงประสิทธิผลในการลดระยะเวลารอคอย และยังไม่มีการวิเคราะห์ปัญหาหรือประเมินความถูกต้องแม่นยำของกระบวนการคัดกรองเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการในอนาคต ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับนโยบาย โดยเฉพาะในด้านการกำหนดเกณฑ์การเข้ารับบริการ Fast-track อย่างเป็นระบบ และการประเมินผลลัพธ์เชิงประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าฟังดูการบริการ Fast-track จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการตรวจได้เร็วขึ้น แต่หากการคัดกรองเบื้องต้นของแพทย์มีความไว(sensitivity)สูงแต่ความจำเพาะ(specificity)ต่ำ อาจทำให้มีจำนวนผู้เข้าเกณฑ์มากเกินกว่าศักยภาพของระบบจะรองรับได้ ซึ่งท้ายที่สุดอาจกลับไปสู่ปัญหาคิวรอนานเช่นเดิม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องกำหนดเกณฑ์การคัดกรองที่แม่นยำ เพื่อให้บริการช่องทางด่วนพิเศษถูกใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมที่สุด การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเบื้องต้นที่ถูกต้องโดยแพทย์ผู้ดูแลจะเป็นกุญแจสำคัญในการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการช่องทางด่วนพิเศษดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาได้เร็วขึ้น ลดโอกาสการลุกลามของโรคและการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานย้อนหลังในระยะเวลา 1 ปี สำหรับประเมินผลการดำเนินงานของบริการช่องทางด่วนพิเศษ Fast-track ดังกล่าว โดยวิเคราะห์ระยะเวลาการรอคอย ปัญหาการเข้าถึงบริการ และประสิทธิภาพของการตรวจแมมโมแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประเภท Descriptive study case control study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Target population)

ผู้ป่วยในช่องทางตรวจพิเศษ (Fast track) แมมโมแกรมโรงพยาบาลขอนแก่น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$ ใช้สูตรคำนวณ

โดยที่

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{21-\alpha/2}$ = ค่าคงที่จาก Z-score สำหรับระดับความเชื่อมั่น =1.96

α=0.05

p = ความชุกที่คาดการณ์ไว้ (prevalence) = 0.14 (ได้จากการดูข้อมูลย้อนหลังในคลินิกของผู้ป่วย 30 ราย)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้)margin of error) = 0.05

หลังการแทนค่า ได้ n = 186 ราย

วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

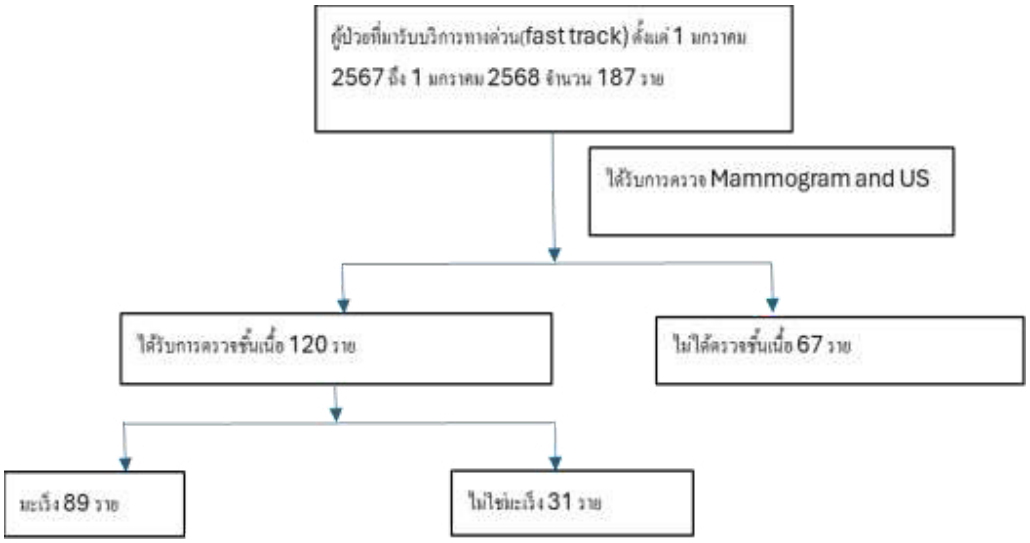
1. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจแมมโมแกรมในช่องทางตรวจพิเศษ (Fast track) โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 ถึง 1 มกราคม 2568

2. มีภาพเอกซเรย์เต้านมและอัลตราซาวด์ของมะเร็งเต้านม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

สืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจแมมโมแกรมในช่องทางตรวจพิเศษ (Fast track) โรงพยาบาลขอนแก่นตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 ถึง 1 มกราคม 2568 เวชระเบียนที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด จะทำการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้ sex, age, clinical presentation, clinical staging, pathological data, characteristic of MMG and US, date of the surgical treatment or chemotherapy.

ศึกษาข้อมูลภาพถ่ายแมมโมแกรมจากระบบ Pacs system ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ fast track mammogram ทั้งหมด เป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 ถึง 1 มกราคม 2568 ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่1 แผนภาพแสดงแนวทางการศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการทางด่วนfast track แมมโมแกรมที่โรงพยาบาลขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. Mammogram: เราได้ใช้เครื่องตรวจดิจิทัลแมมโมแกรมรุ่น Selenia Dimensions (Hologic, Bedford, Mass) โดยถ่ายรูปมาตราฐานทั้งหมด 8รูปแบบ automatic exposure control (AEC), เป็น digital breast tomosynthesis (DBT acquisition, 15 projections, 15° angular range from -7.5° to +7.5°) และ full-field digital mammography (FFDM) อย่างละ 4รูป ประกอบด้วย RCC, RMLO, LCC, LMLO views.

2. Ultrasound: เราได้ใช้เครื่องตรวจอัลตราซาวด์รุ่น RS85 Prestige (Samsung)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากที่ได้รวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาตรวจสอบความเรียบร้อยแล้วจะนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติและ median และ interquartile range สำหรับข้อมูลที่การกระจายไม่ปกติ และสำหรับข้อมูลที่เป็น categorical data นำเสนอเป็นการแจกแจงความถี่ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้ร่วมโครงการมี 187 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย 53 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.8 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 185 ราย (ร้อยละ 99) และมีสถานภาพสมรสแล้วจำนวน 154 ราย (ร้อยละ 82.4) อาการผิดปกติที่พบมากที่สุด 2 ลำดับแรกคือ คลำพบก้อนที่เต้านม 156ราย (ร้อยละ83) และ ปวดเต้านม 51ราย (ร้อยละ27)

ผลการตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติม 120 ราย (ร้อยละ 64.2) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 89 ราย (ร้อยละ 47.6) ดังแสดงในตารางที่ 2

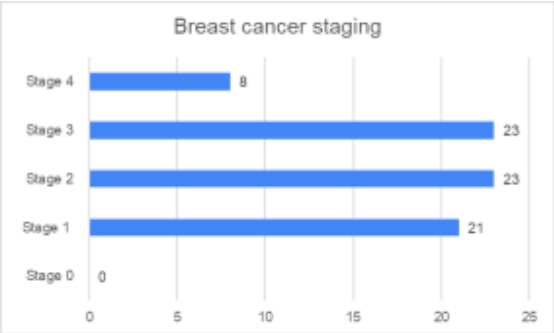
ตารางที่ 1 ผลการตรวจ MMG (Imaging categories)

Imaging characteristic	Number (%)
BIRADS 1	4 (2%)
BIRADS 2	47 (25%)
BIRADS 3	24 (13%)
BIRADS 4 a	13 (7%)
BIRADS 4b	35 (19%)
BIRADS 4 c	23 (12%)
BIRADS 5	25 (13%)
BIRADS 6	16 (9%)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (n = 120)

Histopathological type	Number (%)	Histopathological type	Number (%)
Malignant	89 (74%)	**Benign**	31 (36%)
Invasive ductal carcinoma (IDC)	72	Phyllodes	6
Invasive lobular carcinoma (ILC)	4	Fibroadenoma	10
DCIS	4	Acute/chronic mastitis	11
Mixed carcinoma	1	Xanthogranulomatous	1
Medullary carcinoma	1	inflammation	
- Mucinous carcinoma	2	Adenosis/usual ductal	
- Papillary carcinoma	1	hyperplasia	1
- Metastatic carcinoma/poorly	4	Benign breast tissue	
differentiate carcinoma			2

ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมีการจำแนกระยะของมะเร็งเต้านม(Breast cancer staging) ดังนี้:ระยะที่ 1: 21 ราย, ระยะที่ 2: 23 ราย, ระยะที่ 3: 23 ราย, ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กราฟแท่งแสดงระยะของมะเร็งเต้านม(Breast cancer staging)

ระยะเวลารอคอยบริการในระบบช่องทางด่วนพิเศษ (Fast-track) สามารถลดระยะเวลารอคอยการตรวจแมมโมแกรมจากเดิมที่เฉลี่ย 6 ถึง 8 เดือน เหลือเพียงเฉลี่ย 2 วัน นอกจากนี้ ระยะเวลารอคอยตรวจชิ้นเนื้อเฉลี่ย 4 วัน ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดเฉลี่ย 24 วัน ระยะเวลารอคอยเริ่มเคมีบำบัดเฉลี่ย 42 วันดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ระยะเวลาในการเริ่มต้นการวินิจฉัยและการรักษาในกลุ่มประชากรนี้

Characteristics	Median (P25, P75)
Time to Mammogram	0 (0,0)
Time to pathological tissue diagnosis	2 (0,7)
Time to surgery without neoadjuvant CMT	26 (15,56)
Time to chemotherapy	42 (30,56)

ตารางที่ 4 ระยะเวลาในการเริ่มต้นการวินิจฉัยและการรักษาในกลุ่มประชากรนี้

Interval time	Time to MMG	Time to tissue diagnosis	Time to surgery Without neoadjuvant CMT	Time to CMT/Targeted therapy/HRT
≤ 7 days	176	89	12	0
8- 14 days	4	13	5	0
15- 30 days	4	15	43	10
31- 90 days		1	19	5
> 90 days	1	0	0	0

นอกจากนี้ การประเมินความถูกต้องแม่นยำในการตรวจวิจัยมะเร็งเต้านมจากผล Mammogramและ Ultrasound ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 5. Biopsy rate and positive predictive value for breast comparing with the American college of radiology: ACR).

Indication	Likelihood of cancer (ACR BIRADS)	Cancer detection rate
BIRADS 1: Negative	0%	0%
BIRADS 2: Benign	0%	0%
BIRADS 3: Probably benign	>0% but ≤2%	4.2% (1/24)
BIRADS 4a Low suspicious for malignancy	>2, ≤10%	62% (8/13)
BIRADS 4b: moderate suspicious for malignancy	>10, ≤50%	65% (23/35)
BIRADS 4c: high suspicious for malignancy	>50, ≤95%	83% (19/23)
BIRADS 5: high suggestive of malignancy	>95%	92% (23/25)

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยพบว่าระบบช่องทางด่วนพิเศษ (Fast-track) ช่วยลดระยะรอคอยการตรวจของผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยมะเร็งเต้านมหรือมีความจำเป็นที่ต้องเข้ารับบริการช่องทางด่วนพิเศษจริงอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลระยะเวลาในการเริ่มต้นการวินิจฉัยและการรักษาในกลุ่มประชากรนี้มีการกระจายอย่างสม่ำเสมอไม่เป็น normal distribution จึงนำเสนอตารางเป็นค่า (P25, P75) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4 ผู้ป่วยที่ใช้บริการช่องทางด่วนพิเศษ พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติม 120 ราย (ร้อยละ 64.2) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 89ราย (ร้อยละ 47.6) การศึกษานี้เรายังพบว่ามีการวินิจฉัยมะเร็งระยะที่1 ได้เพิ่มขึ้นและใกล้เคียงกับการวินิจฉัยมะเร็งระยะที่2 และ3 ดังแสดงในรูปที่ 2 ความถูกต้องแม่นยำในการตรวจวิจัยมะเร็งเต้านมจากผล Mammogram/ Ultrasound โดยมีคู่เทียบ คือ มาตรฐาน BI-RADS (Breast Imaging Reporting And Data System) โดย The American College of Radiology (11 - 13) ความถูกต้องแม่นยำยังไม่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 7 จำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

แม้ว่าระบบช่องทางด่วนพิเศษ (Fast-track) สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มโอกาสเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็ว แต่จากการศึกษาพบว่ายังมีประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของระบบ ดังนี้

1) การใช้ช่องทาง Fast-track ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้หรือไม่เข้าเกณฑ์ เช่น บุคลากรในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ผิดนัดตรวจ ซึ่งอาจส่งผลให้ทรัพยากรถูกใช้ไปกับกลุ่มที่ไม่ได้มีความจำเป็นเร่งด่วนแท้จริง

2) ความไม่ชัดเจนของการให้ข้อมูลและการสื่อสาร พบว่าการกรอกข้อมูลหรือระบุเหตุผลของการส่งตรวจในบางรายขาดความชัดเจน

3) ความคลาดเคลื่อนในการพิจารณาระหว่างแพทย์และรังสีแพทย์ เนื่องจากขาดแนวทางหรือเกณฑ์มาตรฐานในการพิจารณา

แนวทางการพัฒนาระบบ เพื่อยกระดับคุณภาพและความชัดเจนของระบบควรจะมีทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้กลางในการใช้ช่องทางด่วนพิเศษและจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน, พัฒนาแนวทางการจัดการกรณีผู้ป่วยผิดนัดอย่างเป็นระบบ, ปรับปรุงกระบวนการนัดหมายสำหรับบุคลากรภายใน

โรงพยาบาลให้มีความเหมาะสม, สร้างช่องทางการสื่อสารและปรึกษาปัญหาโดยตรงระหว่างแพทย์ผู้ส่งตรวจกับรังสีแพทย์, ใช้สัญลักษณ์เฉพาะบนใบนัดเพื่อแยกผู้ป่วยที่รอฟังผลหรือพบแพทย์ในวันเดียวกัน เพื่อให้รังสีแพทย์สามารถอ่านผลหรือแจ้งผลเบื้องต้นได้ในวันเดียวกัน[13]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา สามารถกำหนดตัวชี้วัด (Key Performance Indicator: KPI) สำหรับบริการช่องทางด่วนพิเศษไว้ที่ 7–14 วัน นับตั้งแต่วันนัดตรวจจนถึงการได้รับผลเบื้องต้น ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัยพบว่าระบบสามารถดำเนินการภายใต้กรอบ KPI นี้ได้ หากพบแนวโน้มการรอคอยเกินระยะเวลาที่กำหนด ควรมีการวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการปรับปรุงอย่างเป็นระบบ

ข้อจำกัดในงานวิจัยชิ้นนี้ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการมีขนาดจำกัดและระยะเวลาในการติดตามเก็บข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับหารประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว เช่น อัตราการหายขาด (Remission), การคงเหลือของโรค (Residual disease), การกลับมาเป็นซ้ำ (Recurrence), อัตรารอดชีพสัมพัทธ์ที่ 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รวมถึงผลการตรวจติดตามแมมโมแกรมหลังการรักษา ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: https://gco.iarc.who.int/today, accessed [08.12.2024].
2. Chitapanarux I, Sripan P, Somwangprasert A, et al.(2019). Stage-Specific Survival Rate of Breast Cancer Patients in Northern Thailand in Accordance with Two Different Staging Systems. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP. 2019;20(9):2699-2706
3 Berg WA, Blume JD, Cormack JB, et al.(2008). Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in woman at elevated risk of breast cancer. JAMA 2008;299:2151-63.
4. Wolfgang Buchberger, Sabine Geiger-Gritsch, Rudolf Knapp, Kurt Gautsch, Willi Oberaigner. (2018).Combined screening with mammography and ultrasound in a population-based screening program, European Journal of Radiology, Volume 101,2018, Pages 24-29, Available from: https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2018.01.022.
5. Mann, R.M., Athanasiou, A., Baltzer, P.A.T. et al.(2022). Breast cancer screening in women with extremely dense breasts recommendations of the European Society of Breast Imaging (EUSOBI). Eur Radiol 32, 4036–4045 (2022). Available from: https://doi.org/10.1007/s00330-022-08617-6
6. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, et al.(2015). Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. JAMA. 2015;314(15):1615-1634.
7.วรรณฤดี อิสรานุวัฒน์ชัย , ณัฏฐิญา ค้าผล , ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี , ศิวนัย ดีทองคำ , ฉัฐญาณ์ วงศ์รัฐนันท์ , ธวัชสภณ ธรรมบำรุง , กุมารี พัชนี.(2567). การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง ในประเทศไทย: [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2567 วันที่เผยแพร่ :19 สิงหาคม 2567: Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6141
8. ชลทิศ อุไรฤกษ์.(2558). โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จย่าต้านภัยมะเร็งเต้านม: [อินเทอร์เน็ต]. 2558 ; วันที่สืบค้น: 20 มิถุนายน 2568. Available from: http://www.hpc.go.th/bse

9. Tongyoi P.(2018). การพัฒนาระบบทางด่วนคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องอัลตราซาวนด์ในโรงพยาบาลปากท่อ. Reg 4-5 Med J [อินเทอร์เน็ต]. 17 กรกฎาคม 2018 [อ้างถึง 25 มิถุนายน 2025];37(2):184-91. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/134964
10. Wang X, Ji X.(2020). Sample Size Estimation in Clinical Research: From Randomized Controlled Trials to Observational Studies. Chest. 2020;158(1S):S12-S20.
11. Zonderlnd H, Smithuis R.(2013). Bi-RADS for Mammography and Ultrasound 2013 Updated version. 2014. Retrieved on April 25, 2024. Available from https://radiologyassistant.nl/breast/bi-rads/bi-radsfor-mammography-and-ultrasound-2013.
12. รุ่งทิวา ณัฏฐาโชติ.(2024). ระบบข้อมูลและการรายงานผลภาพรังสีเต้านม Breast Imaging Reporting and Data System: BI-RADS: JOURNAL OF SIRIRAJ RADIOLOGY [อินเทอร์เน็ต]. Volum11 January-June 2024 [อ้างถึง 25 มิถุนายน 2025]; Available from: https://sirirajradiology.com/wp-content/uploads/2024/07/10-BiRAD.pdf.
13. เฉลิมเดช กรรณวัฒน์, วรนุช ตั้งเจริญเสถียร, สุสินี วงษ์สมตระกูล, ชนาภา ทุเรทพล.(2559). Medical Audit: Auditing Breast Imaging Examinations. ใน พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล, วรนุช ตั้งเจริญเสถียร, เฉลิมเดช กรรณวัฒน์, บรรณาธิการ. 20 years Thanyarak Breast Center Breast Imaging & Medical Audit From Past to Present. พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ. พีเอลีฟวิ่ง ; 2559. หน้า 33-47.

การศึกษาความพึงพอใจและประสิทธิภาพการใช้งานในการพัฒนาถุงผ้าใส่ขวด Drain สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

The Study on Satisfaction and Usability of the Development of Fabric Drain Bottle Bags for Post-Mastectomy Patients at Uthumphon Phisai Hospital, Sisaket Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

กัญญาณัฐ จันทร์ฉายเมธากุล[1]
Kanyanat Chanchaimethakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบ Interrupted time design เพื่อศึกษาความพึงพอใจและประสิทธิภาพการใช้งานในการพัฒนาถุงผ้าใส่ขวด Drain สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมด้วยโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนาขึ้น ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกที่ต้องใช้ขวด Drain ของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ในช่วงเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 แบ่งเป็นผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบบันทึกติดตามท่อระบายน้ำเหลืองเลื่อนหลุดและภาวะแทรกซ้อน แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และแบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Exact probability test t-test และ Wilcoxon rank sum test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบการเลื่อนหลุดของท่อระบายน้ำเหลืองและขวดสุญญากาศ (Radivac drain) หลังการผ่าตัด 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน (p=1.000) และพบภาวะน้ำเหลืองคั่งกลุ่มทดลอง 1 ราย (5.0 %) และกลุ่มควบคุม 3 (15.0%) ซึ่งการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่งพบได้บ่อยแต่ไม่อันตราย ระดับความพึงพอใจของการสอนด้วยโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาด้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสอนสาธิตการดูแล Radivac drain และการบริหารข้อไหล่ มีความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุดในด้านความสะดวกในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ($\bar{x}$ =4.78, SD=.42) ด้านความพึงพอใจต่อการใช้ถุงผ้าใส่ขวด Drain มีความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุดในด้านความเหมาะสมของขนาดและรูปแบบ ($\bar{x}$ =4.78, SD=.42)

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ/ประสิทธิภาพการใช้งานในการพัฒนาถุงผ้าใส่ขวด Drain /ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

ABSTRACT

This research was quasi experiment in the form of an interrupted time design to study the satisfaction and efficiency of the development of a drain bag for post-breast surgery patients with a demonstration program for patients with lymphatic drainage and a vacuum drainage bottle (Radivac drain) and shoulder exercise to prevent frozen shoulder in conjunction with the use of the developed drain bag. The population is breast cancer patients who underwent their first surgery and required a drain bottle at Uthumporn Phisai Hospital during March 2025 to May 2025. They were divided into 2 groups: a control group of 20 patients and an experimental group of 20 patients. The instruments consisted of a record form for tracking lymphatic drainage and complications, a record form for shoulder movement in post-breast cancer patients, and a satisfaction assessment form for post-breast cancer patients. Data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and standard deviations, to describe the demographic characteristics of the sample. The comparison between groups used the Exact probability test, t-test, and Wilcoxon rank sum test.

[1] โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

The results of the study found that the breast cancer patients in both groups did not find any slippage of the lymphatic drainage tube and the vacuum bottle (Radivac drain) after surgery for 2 weeks, which was not different (p=1.000). There was 1 case of lymphatic congestion in the experimental group (5.0%) and 3 cases in the control group (15.0%). The occurrence of lymphatic congestion was common but not dangerous. The level of satisfaction with the teaching program using the program in the experimental group after joining the program found that the average satisfaction score was high. When considering the aspects, it was found that the satisfaction with the Radivac drain care demonstration program and shoulder exercise had the highest average satisfaction in terms of convenience for use in daily life ($\bar{x}$ =4.78, SD=.42). In terms of satisfaction with the use of the cloth bag to hold the Drain bottle, the highest average satisfaction was in terms of the appropriateness of the size and style ($\bar{x}$ =4.78, SD=.42).

Keywords: Satisfaction/Efficiency of the development of Drain bottle cloth bags/post-breast surgery patients

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ[1] รายงานว่าในปี 2564 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ในประเทศไทยกว่า 22,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของมะเร็งทั้งหมด องค์การอนามัยโลกระบุว่ามะเร็งเต้านมมีอัตราการเกิดโรคสูงสุดในกลุ่มสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาโรคมะเร็งในรูปแบบผสมผสานกันทำให้ผลรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงมีอัตราการรอดชีพที่ดีกว่าโรคมะเร็งอื่น ๆ โดยเฉพาะการผ่าตัดซึ่งเป็นการรักษาหลักในมะเร็งเต้านมระยะแรก อย่างไรก็ตามการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมี 2 วิธีหลักได้แก่ วิธีการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total Mastectomy) สำหรับวิธีที่ 2 คือ วิธีการผ่าตัดแบบสงวนเต้า (Partial Mastectomy) เป็นการผ่าตัดที่แพทย์สามารถเก็บรักษาเต้านมไว้ได้โดยมีรูปทรงที่ใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด ระยะพักฟื้นเร็วกว่าและไม่เกิดความเครียดที่ต้องสูญเสียเต้านม[2] หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) โดยใส่ระบายน้ำเหลืองไว้ที่หน้าอกข้างที่ผ่าตัด เพื่อระบายเลือดและน้ำเหลืองใต้แผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของการใส่สายระบายน้ำเหลืองบริเวณหน้าอกข้างที่ผ่าตัด ได้แก่ ภาวะน้ำเหลืองคั่ง (Seroma) พบได้บ่อยแต่ไม่มีอันตรายส่วนมากพบบริเวณรักแร้ ซึ่งสัมพันธ์กับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ถ้าเลาะมากมีโอกาสเกิดมาก พบว่า ภาวะน้ำเหลืองคั่งที่แผลผ่าตัดเกิดได้มากกว่าร้อยละ 30 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ลดลง (decrease ability to shoulder movement) ปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เกิดจาก การผ่าตัด เนื่องจากมีการทำลายเนื้อเยื่อประสาฒส่วนบริเวณหน้าอกและแขน ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการทำงานของข้อไหล่ เอ็น และกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงการใช้แขนข้างที่ผ่าตัด ทำให้เกิดพังผืดบริเวณข้อไหล่และการเคลื่อนไหวลดลง[3] นอกจากนี้ยังต้องคอยระวังไม่ให้ขวด Drain หลุดหรือถูกกระแทก ทำให้ผู้ป่วยบางรายยังรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน[2] เนื่องจากขวด Drain อาจมองเห็นได้ชัดเจน ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์และความเป็นส่วนตัว แม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยพยุงขวด Drain หลากหลายรูปแบบ เช่น กระเป๋าแขวนขวด Drain และสายรัดพยุงขวด Drain แต่ผลิตภัณฑ์เหล่านี้อาจไม่ได้ถูกออกแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้ป่วยชาวไทย โดยเฉพาะในด้านของวัสดุ ขนาด และความสะดวกในการใช้งาน

ตึกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เริ่มเปิดให้บริการรับผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปปี

2565 เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเต้านมในปี 2565-2567 มีจำนวน 10, 20 และ 30 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย, 2567) หลังการผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยต้องใส่ Radivac drain 2 ขวด ที่ Breast และ Axillary และสามารถเอาสายออกประมาณ 10 วัน ขวด Radivac drain ซึ่งขวดนี้เป็นสิ่งใหม่สำหรับผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย พยาบาลผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ให้การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และได้จัดทำคู่มือ การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่จำหน่ายพร้อมขวดระบายสุญญากาศตามแผนการรักษาของแพทย์[4] จากรายงานความเสี่ยงของตึกศัลยกรรมทั่วไป ยังมีอุบัติการณ์พบท่อระบายน้ำเหลืองเลื่อนหลุด ไม่ทำงานต้องถอดท่อระบายก่อนกำหนด 2 ราย สาเหตุจากการดึงรั้ง การถ่วงของท่อระบายและผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแล และพบภาวะข้อไหล่ติด หลังการผ่าตัดจำนวน 3 ราย[5] จากการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีความกลัวแผลผ่าตัดแยก กลัวท่อระบายเลื่อนหลุด ทำให้ลืมท่าในการบริหารและขาดความมั่นใจในการบริหารร่างกาย อีกทั้งการให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องรวมถึงสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติให้เร็วที่สุด[6]

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจและประสิทธิภาพการใช้งานในการพัฒนาถุงผ้าใส่ขวด Drain สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัด และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพการสอนด้วยโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และสอนสาธิตการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม พยาบาลมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น[6] จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องเพิ่มการสอนและแนะนำผู้ป่วย พร้อมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในรูปแบบ D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจและเปรียบเทียบการเลื่อนหลุดของท่อระบายน้ำเหลืองและข้อไหล่ติดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับและไม่ได้รับการสอนสาธิตย้อนกลับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของการสอนด้วยโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนาขึ้น ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ได้แก่ การเลื่อนหลุดของท่อน้ำเหลืองและขวดสุญญากาศ (Radivac drain) ระบายภาวะน้ำเหลืองคั่งเกิดได้มากกว่าร้อยละ 30 และภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของการสอนด้วยโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่

พัฒนาขึ้น ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง

2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ได้แก่ การเลื่อนหลุดของท่อน้ำเหลืองและขวดสุญญากาศ (Radivac drain) ระบายภาวะน้ำเหลืองคั่งเกิดได้มากกว่าร้อยละ 30 และภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองรูปแบบ Interrupted time design เพื่อศึกษาความพึงพอใจและประสิทธิภาพการใช้งานในการพัฒนาถุงผ้าใส่ขวด Drain สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมด้วยโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่ตึกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึง เดือนพฤษภาคม 2558 กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลตามกรอบความคิดเติบโต ของ Anderson (2006) มาสร้างนวตกรรมถุงผ้าใส่ขวด Drain มีขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การรับรู้กรอบความคิดเบื้องต้นของตนเอง ขั้นนี้จะทำให้ทราบระดับความคิดว่าอยู่ที่ใด เพื่อที่จะได้ตั้งเป้าหมายต่อไปว่า จะทำอย่างไรได้บ้าง เช่น เวลาที่บุคคลต้องปรับเปลี่ยนหรือทำสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม มักจะมีคำพูดว่า คงทำไม่ได้ หรือไม่คิดว่าจะต้องปรับเปลี่ยนเพราะดีอยู่แล้ว ซึ่งกรอบความคิดนี้ทำให้ไม่ได้เริ่มอะไรใหม่ๆ 2. การทดลองตั้งคำถามเกี่ยวกับกรอบความคิดใหม่ โดยการลองถามตัวเองว่าหากเราทำการเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่างไปจากกรอบความคิดเดิม จะได้ประโยชน์อะไรจากสิ่งใหม่ๆ บ้าง ซึ่งเรียกว่า การสร้างแรงจูงใจของตน 3. การหาวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูลแนวทางใหม่ เพื่อนำมาปรับกรอบความคิดเก่าของตนให้เป็นกรอบความคิดใหม่โดยการศึกษาหาแหล่งข้อมูลหรือแนวทางที่จะช่วยนำมาเป็นสิ่งที่พัฒนาขั้นตอนนี้ต้องรักษาความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีประโยชน์ เช่น การเชื่อว่ามีบุคคลหลายคนที่เปลี่ยนแปลงตนเองได้สำเร็จ ดังนั้น ตัวเราเองก็จะทำได้สำเร็จได้เช่นกัน 4. การทำการทดสอบ ทดลอง แนวทางใหม่ๆ ดังกล่าวได้ว่าผลดีเพียงพอที่จะนำไปใช้หรือไม่ นำข้อมูลหรือแนวทางที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดนั้นหรือไม่ และประเมินว่าได้เรียนรู้จากอะไร จากการทดสอบ ทดลอง

และในขั้นตอนนี้อาจมีผู้ช่วยที่มีประสบการณ์ให้คำแนะนำ 5. การตรวจสอบกรอบแนวคิดใหม่ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ โดยการสะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่เกิดจากจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง เพื่อให้มีความคิด ความเชื่อ และทัศนคติที่ดีว่าความสามารถและสติปัญญาพัฒนาได้ร่วมกับการใช้โปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และสอนสาธิตการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม พยาบาลมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น[5]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกที่ต้องใช้ขวด Drain ของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 แบ่งเป็นผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกที่ต้องใช้ขวด Drain ของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 แบ่งเป็นผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย กลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random

Sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและมีการใช้ขวด Drain

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ a=0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากโดยเลือกวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา (วันคู่ วัน) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้:

1. เป็นผู้ป่วยหญิง ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม (ทั้งแบบผ่าตัดบางส่วนและแบบผ่าตัดทั้งหมด)
2. ได้รับการใส่ขวด Drain หลังการผ่าตัด
3. อายุ 18 ปีขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง
5. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ไม่มีภาวะทางจิตเวชหรือโรคที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในเอกสารให้ความยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้จะถูกคัดออกจากการศึกษา:

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หลังการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อรุนแรงหรือภาวะเลือดออกผิดปกติ
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือความผิดปกติทางสติปัญญา ที่อาจส่งผลต่อการทำแบบสอบถาม
3. ผู้ป่วยที่แพ้เนื้อผ้าหรือวัสดุที่ใช้ในการทำถุงผ้าใส่ขวด Drain
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอยู่ในโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนดในงานวิจัย
5. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวระหว่างการศึกษา

วิธีการสุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ใช้ **การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรเป้าหมาย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือหลัก 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโปรแกรมสอนสาธิตประกอบด้วย

1.1โปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และสอนสาธิตการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด

1.2คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ผู้วิจัยวัดองศา การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในวันที่นัดมาพบแพทย์ จำนวน 2 ท่า คือ ท่า Flexion งอแขนและ Abduction กางแขน ตามแนวทางประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567) การวัดท่า Flexion เป็นท่างอแขน ผู้ป่วยยืนตรง ฝ่ามือและแขนแนบล้าตัวผู้วัดยืนด้านข้างวางจุดศูนย์กลางของโกนิโอมิเตอร์ลงบนหัวไหล่ ช่วงที่อยู่ต่ำกว่ากระดูกอะโครเมียม 5 เซนติเมตร หรือประมาณ 3 นิ้ว ค่าการเคลื่อนไหวท่างอแขน เริ่มจาก 0-180 องศา การวัดท่า Abduction เป็นการกางแขนออกผู้ป่วยยืนตรง ฝ่ามือและแขนแนบล้าตัวผู้วัดยืนด้านข้างวางจุดศูนย์กลางของโกนิโอมิเตอร์ลงบนหัวไหล่ ช่วงที่อยู่ต่ำกว่ากระดูกอะโครเมียม 5 เซนติเมตร หรือประมาณ 3 นิ้ว โดยให้แขนคงที่ของโกนิโอมิเตอร์วางขนานไปกับกระดูกสันหลัง ส่วนแขนเคลื่อนที่วางทาบไปตามแนวกระดูกต้นแขนและเคลื่อนไหว

ตามการเคลื่อนไหวของแขนค่าการเคลื่อนไหวท่างอแขนเริ่มจาก 0-180 องศา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567)

1.3ภาพพลิกการดูแลท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain)

1.4โปสเตอร์การบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด เป็นการบริหารแขนและข้อไหล่ข้างที่ผ่าตัด จำนวน 10 ท่า ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

1.5ถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนาขึ้น ถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการออกแบบและพัฒนาโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่จำเป็นต้องใช้ขวด Drain ในระยะเวลาพักฟื้น ผลิตภัณฑ์นี้ถูกออกแบบให้ช่วยอำนวยความสะดวกในการพกพาขวด Drain และลดความไม่สบายตัวของผู้ป่วยในระหว่างการใช้งาน โดยเน้นคุณสมบัติที่ช่วยเพิ่มความสะดวกสบาย ความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการใช้งาน

1.6เครื่องวัดโกนิโอมิเตอร์ (goniometer) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถใน การเคลื่อนไหวข้อไหล่โดยรายงานเป็นองศา ขนาด 0-180 องศา วัดความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่จากการศึกษาของนงนุช ทากันหา และคณะ (5) ได้น้าเครื่องวัดโกนิโอมิเตอร์ (goniometer) ที่เป็นพลาสติกขนาด 1-180 องศา ยาว 30 เซนติเมตร มาใช้วัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและมีการทดสอบความเที่ยง การศึกษาครั้งนี้จึงใช้เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ (goniometer) ประเมินความสามารถสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จำนวน 2 ท่า คือ ท่า Flexion งอแขน และ Abduction กางแขน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ อายุ น้ำหนัก อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของการผ่าตัด จำนวนวันนอน

2.2 แบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และสอนสาธิตการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสอนสาธิตการดูแล Radivac drain และการบริหารข้อไหล่ จำนวน 5 ข้อ และความพึงพอใจต่อการใช้ถุงผ้าใส่ขวด Drain จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 = พึงพอใจมากที่สุด, 4 = พึงพอใจมาก, 3 = ปานกลาง, 2 = พึงพอใจน้อย, 1 = ไม่พึงพอใจ

การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจ การแปลผลคะแนนสามารถทำได้โดยการคำนวณคะแนนรวมของแต่ละหัวข้อ และพิจารณาค่าระดับความพึงพอใจโดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้:

ช่วงคะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจ

4.50 – 5.00 พึงพอใจมากที่สุด

3.50 – 4.49 พึงพอใจมาก

2.50 – 3.49 ปานกลาง

1.50 – 2.49 พึงพอใจน้อย

1.00 – 1.49 ไม่พึงพอใจ

2.3 แบบบันทึกติดตามท่อระบายน้ำเหลืองเลื่อนหลุดและภาวะแทรกซ้อน ติดตามพร้อมวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด 2 สัปดาห์ การเลื่อนหลุดของท่อน้ำเหลืองและขวดสุญญากาศ (Radivac drain) ระบายภาวะน้ำเหลืองคั่งเกิดได้มากกว่าร้อยละ 30 และภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความเหมาะสมโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และสอนสาธิตการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ภาพพลิกการดูแลท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบาย

สุญญากาศ (Radivac drain) โปสเตอร์การบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด เป็นการบริหารแขนและข้อไหล่ข้างที่ผ่าตัด จำนวน 10 ท่า ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนาขึ้น ถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการออกแบบและพัฒนาโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่จำเป็นต้องใช้ขวด Drain ในระยะเวลาพักฟื้น ผลิตภัณฑ์นี้ถูกออกแบบให้ช่วยอำนวยความสะดวกในการพกพาขวด Drain และลดความไม่สบายตัวของผู้ป่วยในระหว่างการใช้งาน โดยเน้นคุณสมบัติที่ช่วยเพิ่มความสะดวกสบาย ความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการใช้งานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลศัลยกรรม และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ คู่มือกชดังกล่าวดังกล่าวมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของโปรแกรมฯ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .98

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ แบบบันทึกติดตามท่อระบายน้ำเหลืองเลื่อนหลุดและาวะแทรกซ้อน แบบบันทึกองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และแบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับการดูแลโดยการใช้โปรแกรมฯ หาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .88 และ .96 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.86 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

การดำเนินการ

1. การเตรียมการ ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้ จัดทำโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแผนกผู้ป่วยใน

2 ขั้นดำเนินการ ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในตึกศัลยกรรมทั่วไป ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มโดยการจับฉลาก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และหลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติและประเมินอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ในวันที่นัดมาตรวจตามนัด

การเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม

พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาล ตามปกติ ได้แก่ การความรู้ก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สอนการบริหารข้อไหล่ 10 ท่า ท่าที่ 1 ไต่ ฝาผนัง ท่าที่ 2 หมุนหัวไหล่ ท่าที่ 3 เหยียดแขน เหนือศีรษะ ท่าที่ 4 กางข้อศอก ท่าที่ 5 โอบรักแร้ ท่าที่ 6 มือเกาหลัง ท่าที่ 7 ดึงแขนขึ้นลง ท่าที่ 8 เหยียดแขนสลับเอียงตัว ท่าที่ 9 กางแขนขึ้นลง ท่าที่ 10 หมุนวงล้อ สอน

การดูแลท่อระบาย น้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) ต่อที่บ้าน และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วย ผ่าตัดมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยอ่าน

การเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลเป็นการความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และโปรแกรมการสอนสาธิต ดังนี้

1. สอนสาธิตการดูแลท่อระบาย น้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2, 3 และวันจำหน่าย โดยพยาบาลเจ้าของไข้ สอนการดูแลท่อระบายไม่ให้หักงอ ให้สังเกตปุ่มสีเขียวด้านบนของขวดสุญญากาศถ้ายืดออก แสดงว่าไม่เป็นสุญญากาศให้ไปปั๊มที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน สอนการจดบันทึกปริมาณของเหลวที่ออกในแต่ละวัน พร้อมกับให้ผู้ซักถามข้อสงสัย และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับการจดบันทึกปริมาณของเหลว พยาบาลประเมินการรับรู้ถ้าผู้ป่วยผ่านการประเมิน แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อเตรียมวางแผน

2. โปรแกรมสอนสาธิตบริหารข้อไหล่ เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด โดยพยาบาลเจ้าของไข้ สอนสาธิตการบริหาร โดยใช้โปสเตอร์ประกอบ และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการบริหารข้อไหล่ 10 ท่า ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประกอบด้วย ท่าที่ 1 ไต่ฝาผนัง ท่าที่ 2 หมุนหัวไหล่ ท่าที่ 3 เหยียดแขน เหนือศีรษะ ท่าที่ 4 กางข้อศอก ท่าที่ 5 โอบรักแร้ ท่าที่ 6 มือเกาหลัง ท่าที่ 7 ดึงแขนขึ้นลง ท่าที่ 8 เหยียดแขนสลับเอียงตัว ท่าที่ 9 กางแขนขึ้นลง ท่าที่ 10 หมุนวงล้อ พยาบาลประเมินทักษะ และ อุปสรรคการบริหารข้อไหล่ หลังผ่าตัด 24 ชั่งโมง พยาบาลกระตุ้นให้บริหารท่าที่ 1 ไต่ฝาผนังจำนวน 3 ครั้ง และถ้าไม่เจ็บแผลผ่าตัดมาก ให้เพิ่มเป็น 5, 7, 10 ครั้ง ท้า 3 รอบต่อวัน และยืดค้างไว้ 10 วินาที กระตุ้นการบริหารทุกวัน ให้กำลังใจ ชมเชย จนถึงวันจำหน่าย ก่อนจำหน่าย สอนสาธิต ท่าบริหารข้อไหล่ท่าที่ 2-10 และแนะน้าให้บันทึก ปัญหาการบริหารข้อไหล่ลงในสมุดคู่มือที่ให้

3. ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึก บริหารข้อไหล่ 10 ท่า และรับฟังปัญหาอุปสรรคที่เกิดในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์

4. ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและอุปสรรคในของผู้ป่วยและให้คำแนะนำหากเกิดปัญหา

5. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและได้รับการนัดติดตามการรักษา หลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามอาการของผู้ป่วย และปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และโทรศัพท์เตือนก่อนถึงวันนัด 1 วันให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

6. หลังวันนัดติดตามการรักษาผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการมาตรวจตามนัดในบันทึกเวชระเบียนและโทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลการมาตามนัดและแบบประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเลิกสารเสพติดจากผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือชุดเดิมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการวิจัย

7. ติดตามข้อมูลการมาตรวจตามนัด หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในกลุ่มทดลองจะได้รับโทรศัพท์สอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำจากผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้ง (5-10 นาที) และโทรศัพท์แจ้งเตือนก่อนถึงวันนัดจำนวน 3 ครั้ง (1-3 นาที)

ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการติดตามการมาตรวจตามนัดจำนวน 1 ครั้ง โดยการตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียน และประเมินอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ในวันที่นัดมาตรวจตามนัด โดยครั้งแรกประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ครั้งที่ 2 ประเมินหลังจากกลับบ้านประเมินพร้อมกับวันที่นัดมาตรวจติดตามอาการโดยการสอบถามโดยตรงเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตามปกติ หรือโทรศัพท์สัมภาษณ์หากผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามนัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Exact probability test t-test และ Wilcoxon rank sum test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ดังนี้

กลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย อายุระหว่าง 56-65 ปี ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 40.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 45.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.084) น้ำหนักส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีน้ำหนัก 51-60 กิโลกรัม ร้อยละ 55.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 50.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.257) ภูมิลำเนากลุ่มทดลองอยู่ต่างอำเภอ ร้อยละ 55.00 กลุ่มควบคุมอยู่ต่างอำเภอ ร้อยละ 60.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.369) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 40.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 50.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.280) กลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.00 และกลุ่มควบคุมไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 30.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.808) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.00 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 55.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.552) กลุ่มทดลองมีประวัติเคยรับการผ่าตัด ร้อยละ 60.00 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 55.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.394)

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระดับ 2 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 70.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 45.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.100) ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00 ไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.498) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการเลาะต่อมน้ำเหลือง กลุ่มทดลองร้อยละ 65.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00 ไม่แตกต่างกัน(P-value = 0.300) วันนอนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง 3.52 วัน และกลุ่มควบคุม 3.9 วันไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.101)

2. ประสิทธิภาพการใช้งานในการพัฒนาถุงผ้าใส่ขวด Drain สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

จากการติดตามหลังผ่าตัดไม่พบการเลื่อนหลุดของท่อระบายน้ำเหลือง ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน(P-value = 1.000) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (n=40)

ลักษณะที่ติดตาม	กลุ่มทดลอง (n = 20)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ท่อระบายเลื่อนหลุด	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1.000
ภาวะแทรกซ้อน			
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	19 (95.0%)	17 (85.0%)	0.295
ภาวะน้ำเหลืองคั่ง	1 (5.0%)	3 (15.0%)	

3. ระดับความพึงพอใจของการสอนด้วยโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนา ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาด้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสอนสาธิตการดูแล Radivac drain และการบริหารข้อไหล่ มีความพึงพอใจเฉลี่ย

สูงสุดในด้านความสะดวกในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ($\bar{x}$ =4.78, SD=.42) ด้านความพึงพอใจต่อการใช้ถุงผ้าใส่ขวด Drain มีความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุดในด้านความเหมาะสมของขนาดและรูปแบบ ($\bar{x}$ =4.78, SD=.42)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบ การเลื่อนหลุดของท่อระบายน้ำเหลืองและขวดสุญญากาศ (Radivac drain) หลังการผ่าตัด 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน (p=1.000) และพบภาวะน้ำเหลืองคั่งกลุ่มทดลอง 1 ราย (5.0 %) และกลุ่มควบคุม 3 (15.0%) ซึ่งการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่งพบได้บ่อยแต่ไม่อันตราย ระดับความพึงพอใจของการสอนด้วยโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนา ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาพบว่าการใช้อุปกรณ์พยุงขวด Drain ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญในด้านความสะดวกสบาย ความพึงพอใจของผู้ป่วย และการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์ Drain หลังการผ่าตัด โดยมีการศึกษาหลายฉบับที่สนับสนุนผลลัพธ์เหล่านี้

1. การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อระบายน้ำเหลืองและขวดสุญญากาศ จากข้อมูลที่รวบรวมพบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีการเลื่อนหลุดของท่อระบายน้ำเหลืองและขวดสุญญากาศ (Radivac Drain) ภายใน 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

2. ความสะดวกในการใช้งานและผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน งานวิจัยของ สุจิตรา สมบูรณ์[8] และ อารีย์ วัฒนกุล[9] พบว่าอุปกรณ์พยุงขวด Drain ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น ลดความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน และลดภาระในการดูแลตัวเอง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์นี้อยู่ในระดับสูง (4.3-4.7 จาก 5 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนพงษ์ วิชัยโย[7] ที่พบว่าอุปกรณ์ช่วยลดความรู้สึกไม่สะดวกในการใช้งาน และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นถึง 20% เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์

3. การลดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการติดเชื้อ งานวิจัยของ อารีย์ วัฒนกุล[9] และ นวลพร สุขสมบูรณ์[10] พบว่าอุปกรณ์พยุงขวด Drain ที่ได้รับการออกแบบให้กันน้ำและป้องกันการสัมผัสจากภายนอก สามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ 30% ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ ภัทราวรรณ วิจิตรเกษม[11] และ จารุวรรณ เพชรรัตน์[12] พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยพยุงขวด Drain มีระดับความพึงพอใจสูง (4.5-4.8 จาก 5 คะแนน) โดยส่วนใหญ่ระบุว่าอุปกรณ์นี้ช่วยลดความยุ่งยากในการดูแลแผลและเพิ่มความมั่นใจในการฟื้นตัว งานวิจัยของณัฐวุฒิ เกรียงไกร[13] และ สมชาย พัฒนศิลป์[14] ยังสนับสนุนผลลัพธ์ดังกล่าว โดยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์ฟื้นฟูมีอัตราการฟื้นตัวเร็วขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์

ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำเป็นต้องเรียนรู้การดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านพยาบาลควรการสอนสาธิตการดูแลท่อระบายน้ำเหลืองและโปรแกรมบริหารข้อไหล่ ร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนา เพื่อช่วยพัฒนาทักษะของผู้ป่วยในการดูแลท่อระบาย ขณะอยู่บ้านและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อไหล่ต่อที่บ้าน อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลท่อระบายได้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และยังช่วยเพิ่มองศาของข้อไหล่ ป้องกันการเกิดข้อไหล่ติดและความพิการของข้อไหล่ได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมสอนสาธิตให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายน้ำเหลืองและขวดระบายสุญญากาศ (Radivac drain) และการบริหารข้อไหล่เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนา ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลท่อระบายได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อระบาย และโปรแกรมการสอนสาธิตบริหารข้อไหล่ ช่วยเพิ่มองศาข้อไหล่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นพยาบาลควรใช้การสอนสาธิตในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมสอนสาธิตบริหารข้อไหล่ ร่วมกับการใช้งานของถุงผ้าใส่ขวด Drain ที่พัฒนา ให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและชุมชนให้ต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริหารข้อไหล่ และความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในระยะยาวต่อเนื่อง 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). สถิติผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยปี 2564. https://www.nci.go.th
2. จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง, 37(4), 163-170.
3. กานดา นาคศรีสุข, และคณะ. (2564). ผลกระทบของขวด Drain ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(1), 45-58.
4. ศศิธร เย็นแย้ม, อรนุช ประดับทอง, & พุ่มพวง ทะเรรัมย์. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถอนรากแบบดัดแปลง. วารสารปีที่ 31(4), 2566, 31(4), ตุลาคม-ธันวาคม
5. โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย (2567). ข้อมูลสถิติตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย 2565 - 2567. อุทุมพรพิสัย: ตึกผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย.
6. สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิล. (2562). ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการรักษา (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
7. ธนพงษ์ เจริญศรี. (2021). การประเมินประสิทธิภาพของอุปกรณ์ช่วยพยุงขวด Drain ในการลดความยุ่งยากของผู้ป่วย. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์, 28(1), 58-66.
8. สุจิตรา วิชชาชัย. (2019). การพัฒนาอุปกรณ์พยุงขวด Drain ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเต้านม. วารสารวิจัยด้านการแพทย์, 22(1), 18-26.
9. อารีย์ คงเกียรติ. (2020). การออกแบบอุปกรณ์พยุงขวด Drain ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเต้านม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 25(3), 45-54.
10. นวลพร นิติวัฒน์. (2021). ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความสะดวกในการดูแลหลังการผ่าตัดเต้านม. วารสารการแพทย์, 29(4), 150-158.
11. ภัทราวรรณ พันธ์นุช. (2020). การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์หลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารการพยาบาล, 29(2), 112-120.
12. จารุวรรณ อภิชาติ. (2022). การประเมินความพึงพอใจจากผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดเต้านม. วารสารการแพทย์และสุขภาพ, 29(2), 112-120.
13. ณัฐวุฒิ วัฒนชาติ. (2021). ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยฟื้นฟูหลังการผ่าตัดเต้านม. วารสารการวิจัยทางการแพทย์, 33(1), 85-92.
14. สมชาย วงศ์ศิริ. (2023). การศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ในการช่วยผู้ป่วยฟื้นตัวหลังการผ่าตัดเต้านม. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์, 28(2), 134-142.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่อความกลัวการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร

Effects of labour social support program on fear of childbirth and satisfaction of the parturients at labour room, Phra Ajarn Mun Bhuridatto Hospital, SaKon Nakhon Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ปราวีณา นุกูลกิจ[1]
Praveena Nukulkij

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่อความกลัวการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอด 34 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เครื่องในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดสำหรับผู้คลอด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Repeated measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดของผู้คลอดครั้งที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 72.65 คะแนน (S.D=20.93) หลังได้รับโปรแกรมซึ่งเป็นการวัดครั้งที่ 2, 3, และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอด เท่ากับ 40.00 คะแนน (S.D.=17.75), 22.94 คะแนน (S.D.=13.82), และ 21.47 คะแนน (S.D.=12.58) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=188.301$, $p<0.05$) และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 5 คู่ ได้แก่ ครั้งที่ 1 และ 2 ($p<0.05$), ครั้งที่ 1 และ 3 ($p<0.05$), ครั้งที่ 1 และ 4 ($p<0.05$), ครั้งที่ 2 และ 3 ($p<0.05$), ครั้งที่ 2 และ 4 ($p<0.05$) ด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\overline{X}=4.00$, S.D.=0.38)

คำสำคัญ: ความกลัวการคลอดบุตร, การสนับสนุนทางสังคม, ความพึงพอใจ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of labour social support program on fear of childbirth and satisfaction of the parturients at labour room, Phra Ajarn Mun Bhuridatto Hospital, SaKon Nakhon Province. The sample was the parturient, purposive sampling for 34 samples. Data collected from January to March 2025. The research instrument of data collection included questionnaires of general characteristics, fear of childbirth, and satisfaction of the program. The experimental instrument was the labour social support program. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used Repeated measure ANOVA.

The results showed; mean score of fear of childbirth at the first time before receiving the labour social support program was 72.65 (S.D.=20.93). The mean score after receiving the program on second, third, and fourth time were 40.00 (S.D.=17.75), 22.94 (S.D.=13.82), and 21.47 (S.D.=12.58), respectively. The statistic comparison found the mean scores of fears of childbirth after receiving the program lower than before

[1] โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร

(F=188.301, p<0.05), significantly. And mean different scores of fears of childbirth were differences significantly for 5 paired included first and second time (p<0.05), first and third time (p<0.05), first and fourth time (p<0.05), second and third time (p<0.05), second and fourth time (p<0.05). The satisfaction of the program was the level of high ($\overline{X}$=4.00, 0.38).

Keyword: fear of childbirth, social support, satisfaction

บทนำ

การคลอดทางช่องคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติเพื่อให้ทารก รก เยื่อหุ้มรกและน้ำคร่ำเคลื่อนตัวจากโพรงมดลูกมาสู่ภายนอกผ่านทางช่องคลอดอย่างเป็นลำดับขั้นตอนและต่อเนื่อง[1] มีความสัมพันธ์กับฮอร์โมน ชีวเคมีและกลไกการคลอดบุตร[2] เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของกล้ามเนื้อมดลูกและโครงสร้างของปากมดลูก นำไปสู่การหดรัดตัวของมดลูกแบบค่อยเป็นค่อยไป และเมื่อมดลูกมีการหดรัดตัวถี่ขึ้น นานขึ้น และแรงขึ้น การหดรัดตัวของมดลูกเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้การคลอดมีความก้าวหน้า ผลักดันให้ทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำลง ปากมดลูกมีความบางและเปิดขยายออก ทารกค่อยๆเคลื่อนสู่ช่องเชิงกรานและคลอดออกมาได้ตามกลไกการคลอด[1] กระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นบริเวณต้นขา ช่องคลอด อวัยวะเพศและก้น[3] ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวการคลอดบุตรได้

ความกลัวการคลอดบุตรเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจของผู้คลอด ที่เกิดจากการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นอันตราย ความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครรภ์แรกเริ่มจากกลัวการเจ็บครรภ์คลอด กลัวการสูญเสียความสามารถของตน เกิดจากความไม่รู้ กลัวจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในระยะคลอด[4] เกิดจากการได้รับฟังประสบการณ์เรื่องความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการคลอด[5] เกิดจากการขาดความรู้ และขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด[6] ความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครรภ์หลังมักเกิดจากประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดด้านลบ ได้รับบาดเจ็บหรือเผชิญกับความเจ็บปวดรุนแรงในระยะคลอด[7] ความรู้สึกกลัวการคลอดบุตรส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความกลัวการคลอดบุตรอาจทำให้มีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ หายใจไม่สะดวก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ฝันร้าย เครียด และกลัวที่จะเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด ส่งผลให้มีการขอผ่าตัดทางหน้าท้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้[8] ความกลัวการคลอดที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้มีการเพิ่มระดับฮอร์โมน Catecholamine มีผลยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน Oxytocin ในระยะแรกของการคลอด ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างทำงานไม่ประสานกัน ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าหรือนานกว่าปกติ และส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้[1,9] อีกทั้งยังทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นและทนความปวดไม่ได้นำไปสู่ความต้องการยาบรรเทาปวดหรือร้องขอการผ่าตัดคลอด[10]

การศึกษาวิจัยความกลัวการคลอดบุตรของหญิงตั้งครรภ์ในต่างประเทศพบว่ามีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรงร้อยละ 5-25[11,12] ระดับปานกลางร้อยละ 54 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 21[12] และในประเทศไทยมีการศึกษาของทิพวรรณ ทัพซ้ายและคณะ[13] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความกลัวการคลอดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.59 ระดับรุนแรงร้อยละ 31.8 ระดับเล็กน้อยร้อยละ 10.6 และระดับรุนแรงมากร้อยละ 7.1 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรและพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีคะแนนความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับรุนแรงค่าเฉลี่ยสูงถึง 89.57[14] และการศึกษาในระยะ

คลอดพบว่าส่วนใหญ่ผู้คลอดจะกลัวตนเองและทารกในครรภ์ได้รับอันตราย กลัวความเจ็บปวด กลัวความยากลำบากในการคลอด กลัวถูกแยกให้อยู่ตามลำพัง กลัวไม่สามารถควบคุมตนเองจากความเจ็บปวดได้[5,15,16] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความกลัวการคลอดบุตรยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดำเนินการคลอดได้อย่างปลอดภัย ทั้งมารดาและทารก เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลเนื่องจากเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด โดยเฉพาะการดูแลระยะคลอดซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมากเพื่อให้การคลอดดำเนินไปได้อย่างปกติ ทั้งต้องการความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดโดยเฉพาะวิธีจัดการกับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์และต้องการความสุขสบาย[17] นอกจากนี้ยังต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อขจัดความกลัวการคลอดบุตร ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเป็นรายบุคคลและต่อเนื่องตลอดระยะของการคลอด ต้องการได้รับฟังคำพูดที่ให้กำลังใจและช่วยส่งเสริมความสามารถในการคลอดและต้องการการสนับสนุนดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์[18]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรและพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะปากมดลูกเร็ว และตลอดระยะเวลาของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19] และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ความกลัวการคลอดบุตรลดลงและลดการใช้ยาเร่งคลอดได้[20] นอกจากนี้ยังมีการศึกษานิตยา พรมกันทาและคณะ[21] เรื่องผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครรภ์แรกที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความกลัวการคลอดบุตรน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาในประเทศสวีเดนที่พบว่าการให้การสนับสนุนด้วยการให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและสร้างความแข็งแรงในเรื่องต่างๆ ทำให้มีความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆได้[18] จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดเป็นแนวทางการพยาบาลที่ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญปัญหาและลดความกลัวการคลอดบุตรและมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดบุตรด้วย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้รับเกิดภาวะสุขภาพในทางที่ดี โดยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมาจากบุคคลหรือกลุ่มคน 2 แหล่งคือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เช่น บุคคลอื่นหรือบุคลากรวิชาชีพ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการเช่น พ่อแม่ ญาติ เพื่อน เป็นต้น House[22] และ Bogossian[23] ได้นำเสนอแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดและทารก ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการบริการและหรือการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ของการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทำให้เกิดการรับรู้อารมณ์ด้านบวก[24] ทำให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันทำงานเป็นปกติ[25] และช่วยลดผลกระทบความเสียหายที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต บรรเทาความเครียด ลดความวิตกกังวลและความกลัว ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาและสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม[26]

โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต เป็นโรงพยาบาลขนาด 82 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีนโยบายให้บริการการแบบลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย จากข้อมูลของห้องคลอดพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ห้องคลอดระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 394 ราย, 300 ราย, 294 ราย ตามลำดับ อัตราการคลอดปกติ ร้อยละ 29.94, 21.66, 37.28 ตามลำดับ บริบทห้องคลอดได้ยังไม่มีการอนุญาตให้ญาติของผู้คลอดเข้ามาดูแลในห้องรอคลอดเนื่องจากสถานที่ไม่เอื้ออำนวย สถานที่คับแคบ ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้คลอดต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่กระบวนการคลอด มีอาการเจ็บครรภ์คลอด จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเพื่อให้สามารถผ่านช่วงเวลาดังกล่าวเข้าสู่ระยะของการคลอดทารกและรกอย่างปลอดภัย และอาจส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการคลอดบุตร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดโดยพยาบาลซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มาคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่อความกลัวการคลอดและความพึงพอใจของผู้คลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการคลอดบุตรของผู้คลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้คลอดต่อการบริการแผนกห้องคลอดหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด

สมมติฐานการศึกษา

1. คะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรของผู้คลอดหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้คลอดต่อการบริการแผนกห้องคลอดหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design) ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bogossian23 มาใช้ในการสนับสนุนในระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มารับบริการที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้คลอดตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่มีอยู่เดิม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดให้สามารถผ่านการคลอดบุตรได้อย่างเหมาะสม ลดความกลัวการคลอดบุตรและมีความพึงพอใจต่อการมาคลอดที่แผนกห้องคลอดมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Bogossian23 ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ที่มารับบริการคลอดที่แผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ที่มารับบริการคลอดปกติทางช่องคลอดที่แผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่นภูริทัตโต ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 กำหนดคุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 20-34 ปี 2) ตั้งครรภ์ครบกำหนด ทารกอยู่ในท่าปกติ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม 4) เมื่อแรกรับที่ห้องคลอดปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร 5) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ อ่านหนังสือได้ 6) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด หรือไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดได้ตลอดทุกระยะของการคลอด หรือต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก means: difference between two dependent means (matched pairs) เลือกการทดสอบสองทาง วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง[28] ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน[29] และเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาตามคุณสมบัติด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด (GPAL)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความกลัวการคลอดบุตรด้วยสายตา (Fear of birth scale) การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดของ Hains และคณะ[27] เป็นการวัดปริมาณความรู้สึกกลัวและความรู้สึกหวาดหวั่นของผู้คลอดที่มีต่อการคลอด เป็นแบบประเมินที่ผู้คลอดตอบด้วยตนเอง ลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตาจำนวน 2 ข้อ ลักษณะแบบบวัดเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร จาก 0-100 มิลลิเมตร มีค่าคะแนน 0-100 คะแนน คำตอบข้อ 1 ปลายซ้ายสุดแสดงถึงไม่รู้สึกกลัวเลย เท่ากับ 0 คะแนน ปลายขวาสุดแสดงถึงรู้สึกกลัวมากที่สุด เท่ากับ 100 คะแนน คำตอบข้อ 2 ปลายซ้ายสุดแสดงถึงรู้สึกสงบเท่ากับ 0 คะแนน ปลายขวาสุดแสดงถึงความรู้สึกหวาดหวั่นเท่ากับ 100 คะแนน ซึ่งค่าความกลัวการคลอดบุตรได้จากนำผลการประเมินจากทั้ง 2 ข้อคำตอบรวมกันแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยสูงหมายถึงมีความกลัวการคลอดบุตรมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอด มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดแบ่งเป็น 3 ด้าน จำแนกเป็นข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด มาตรวัดข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) การแปลความหมายค่าคะแนนดังนี้[30] ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด/ไม่พึงพอใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดสำหรับผู้คลอดปกติทางช่องคลอด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอด และโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลผดุงครรภ์ 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดย

ใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอดเท่ากับ 0.97 การตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasibility) หลังจากแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ทดลองใช้กับผู้คลอด จำนวน 5 ราย และสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลที่ทดลองใช้ และพัฒนาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอดที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ไปทดสอบ (Tryout) และแบบวัดความกลัวการคลอดบุตรของ Haines et al (2011) ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นมาแล้ว และได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ไปทดสอบซ้ำกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือพบว่าแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.95 และแบบวัดความกลัวการคลอดบุตรได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.93 ยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1) ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการคลอดบุตร กระบวนการคลอด การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด

2) เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3) หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยจากพยาบาลผดุงครรภ์หัวหน้าห้องคลอด ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้คลอดจะได้รับจากการศึกษา และแผนดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย

ขั้นดำเนินการวิจัย

เมื่อรับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมเพื่อคลอดตามขั้นตอนการรับใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อแรกรับปากมดลูกไม่เกิน 3 เซนติเมตร ผู้วิจัยขอความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความกลัวการคลอดบุตรครั้งที่ 1 ก่อนดำเนินโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นให้การสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่างตามแผนการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดดังนี้

1) กิจกรรมในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร (หรือการหดรัดตัวของมดลูก Interval 5-10 นาที Duration 30-45 วินาที Intensity mild)

1.1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ผู้คลอดจะได้รับจากการศึกษา และเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาพร้อมทั้งลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ตลอดระยะเวลาที่สนทนาและพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้แนวทางการสนทนาตามแนวทางการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้คลอดในระยะคลอดดังนี้คือ (1) การใช้คำพูดเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยใช้น้ำเสียงที่พูดอย่างนุ่มนวล พูดด้วยความมั่นใจ ใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ ให้

ความยืดหยุ่น พยายามไม่ลุกล้ำความเป็นส่วนตัว พูดตามความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในพยาบาล ใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมคือประมาณ 10-15 นาที และไม่ควรบ่อยครั้งเกินไปจนทำให้เกิดความรำคาญ (2) อยู่เป็นเพื่อนและรับฟังความรู้สึกของผู้คลอด มีความกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือ และ (3) การสัมผัสผู้คลอดที่มือด้วยความนุ่มนวลพร้อมทั้งสบตาด้วยแววตาของความเชื่อมั่นว่าผู้คลอดสามารถผ่านกระบวนการคลอดได้เป็นการให้กำลังใจผู้คลอด ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

1.2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงระเบียบห้องคลอดและแนะนำสถานที่ให้ทราบ ได้แก่ ห้องรอคลอด ห้องคลอด และห้องดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามข้อสงสัย หลังจากนั้นจึงเริ่มให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคลอดและการปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ ให้คำแนะนำเกี่ยวเทคนิคการหายใจแบบ Slow-chest breathing คือการหายใจเข้าทางจมูกและออกทางปากช้าๆ (พร้อมกับการนับในใจ 1-4) แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-5) ทำ 5-10 ครั้ง/นาที โดยสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นภาพและฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ และปฏิบัติในขณะมดลูกหดรัดตัว ซึ่งให้ข้อมูลในครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1.3) การสนับสนุนด้านการบริการ โดยการกระตุ้นให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าบ่อยๆ เช่น ท่ายืน เดิน ท่านั่งตัวตรงหรือท่าที่นอนแล้วรู้สึกสบาย เป็นต้น ช่วยลดการขัดขวางการหมุนของศีรษะทารก ช่วยให้ศีรษะของทารกเคลื่อนต่ำลง กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด การดูแลให้ผู้คลอดทำความสะอาด ปากฟัน ร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าและร่างกายเพื่อให้รู้สึกสดชื่น กระตุ้นให้ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันการขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก และการนวดบริเวณกระดูกก้นกบเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งใช้ระยะเวลาในการสนับสนุนประมาณ 5-10 นาที

1.4) หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประเมินความกลัวการคลอดบุตรเป็นครั้งที่ 2

2) กิจกรรมระยะปากมดลูกเปิดเร็วมาก (4-8 เซนติเมตร หรือการหดรัดตัวของมดลูก Interval 2-5 นาที Duration 45-60 วินาที Intensity moderate)

2.1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ตลอดเวลาในระยะรอคลอด ผู้วิจัยปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังนี้คือ (1) อยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะเวลารอคลอดและให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้คลอด (2) ใช้คำพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล กล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำได้และเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอด (3) ใช้ภาษากายร่วมด้วยคือ การสัมผัสมือกลุ่มตัวอย่างเบาๆ การมองสบตาด้วยแววตาที่อ่อนโยนและแสดงถึงความเข้าใจสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างกำลังเผชิญอยู่จากกระบวนการคลอด

2.2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดและคอยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเทคนิคการหายใจแบบ Slow-chest breathing ให้สัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อบรรเทาความปวด

2.3) การสนับสนุนด้านบริการ ผู้วิจัยดูแลกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความผ่อนคลาย มีความสุขสบายในระยะรอคลอด โดยการดูแลสุขวิทยาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสะอาดร่างกาย เครื่องแต่งกายและการเปลี่ยนผ้าปูเตียงเมื่อเปื้อนสิ่งคัดหลั่ง ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยกระตุ้นให้ปัสสาวะเมื่อปวดหรือทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมบรรเทาปวดด้วยการใช้เทคนิคการหายใจแบบ Slow-chest breathing ดูแลนวดก้นกบ (Sacrum massage) โดยใช้มือนวดเสริมที่กระดูกก้นกบ นวดเป็นวงกลม ให้กลุ่มตัวอย่างนอนตะแคง นวดลึกๆ เป็นวงกลมบริเวณกระดูกก้นกบ

ขณะที่มดลูกหดรัดตัว น้ำหนักที่ลงให้คงที่สม่ำเสมอ พร้อมทั้งดูแลด้านอื่นๆตามคำร้องขอของกลุ่มตัวอย่าง

2.4) หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประเมินความกลัวการคลอดบุตรเป็นครั้งที่ 3

3) กิจกรรมในระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตรหรือการหดรัดตัวของมดลูก Interval 2-3 นาที Duration 60-90 วินาที Intensity strong)

3.1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับข้อ 2.1)

3.2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับข้อ 2.2)

3.3) การสนับสนุนด้านบริการ ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับข้อ 2.3) และช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด โดยใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออก ตลอดจนช่วยเป็นโค้ชในการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก และใช้การสัมผัส พร้อมทั้งจัดท่าให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูง (Upright position) ได้แก่ การไขหัวเตียงให้อยู่ในท่านั่ง (Siting) ท่าก้นสูงเข่าชิด (Knee chest)

3.4) หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประเมินความกลัวการคลอดบุตรเป็นครั้งที่ 4 โดยดำเนินการประเมินอย่างรวดเร็วก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะคลอดบุตรใช้เวลาประมาณ 1 นาที

4) หลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงสอบถามความพึงพอใจของผู้คลอด โดยดำเนินการเมื่อประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติอนุมาน Repeated Measure ANOVA เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตร ตามช่วงเวลา 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 คือ แรกรับก่อนเข้าร่วมโปรมแกรมการสนับสนุนทางสังคม ครั้งที่ 2 คือ หลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร ครั้งที่ 3 คือ ระยะปากมดลูกเปิดเร็วมาก และครั้งที่ 4 คือ ระยะเปลี่ยนผ่าน 3) ใช้สถิติอัตราส่วนร้อยละในการนำเสนอระดับความพึงพอใจของผู้คลอดแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และไม่พึงพอใจ เป็นต้น

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-004 ลงวันที่ 8 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 94.2 อายุเฉลี่ย 28.18 ปี (S.D.=5.34 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 79.4 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.8 รายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.6 รายได้เฉลี่ย 5,500.00 บาท (S.D.=1,988.60 บาท) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100.0 อายุครรภ์เมื่อคลอดอยู่ระหว่าง 37-40 สัปดาห์ ร้อยละ 100.0 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 73.5

ด้านความกลัวการคลอด

ผลการวัดความกลัวการคลอดของผู้คลอดในแต่ละระยะของการคลอดพบว่าคะแนนเฉลี่ยความกลัวของผู้คลอดครั้งที่ 1 แรกรับที่ห้องคลอดก่อน

ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 72.65 คะแนน (S.D=20.93 คะแนน) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดครั้งที่ 2 คือหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร เท่ากับ 40.00 คะแนน (S.D.=17.75 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดครั้งที่ 3 ระยะปากมดลูกเปิดเร็วมากเท่ากับ 22.94 คะแนน (S.D.=13.82 คะแนน) และคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดครั้งที่ 4 ระยะเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 21.47 คะแนน (S.D.=12.58 คะแนน)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดจำนวน 4 ครั้งในแต่ละระยะของการคลอด โดยใช้สถิติทดสอบ Repeated measure ANOVA พบว่าคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดของผู้คลอดมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=188.301, p<0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดในแต่ละระยะของการคลอด โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F[a]	sig
ภายในกลุ่ม	57732.353	1.095	30302.577	188.301	0.00*
ความคลาดเคลื่อน	10117.647	62.871	160.926		

*p<0.05, F[a]= Greenhouse-Geisser

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ย (mean difference) ความกลัวการคลอดแต่ละครั้งโดยการจับคู่ พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดของผู้คลอด จำนวน 5 คู่ ได้แก่ ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 (p<0.05), ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 3 (p<0.05), ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 4 (p<0.05), ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 (p<0.05) และครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 4 (p<0.05) แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดระหว่างครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ย (mean difference) ความกลัวการคลอดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันเป็นรายคู่ โดยวิธีการทดสอบ pairwise

ความกลัวการคลอดบุตร	Mean difference	Std. Error	p-value
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2	32.65	2.68	0.00*
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3	49.71	2.91	0.00*
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 4	51.18	3.04	0.00*
ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 3	17.06	2.26	0.00*
ครั้งที่ 2 - ครั้งที่ 4	18.53	2.36	0.00*
ครั้งที่ 3 - ครั้งที่ 4	1.47	0.75	0.058

*p< 0.05, ครั้งที่ 1 = แรกรับที่ห้องคลอดก่อนเข้าร่วมโปรมแกรมการสนับสนุนทางสังคม, ครั้งที่ 2 = หลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร, ครั้งที่ 3 = ระยะปากมดลูกเปิดเร็วมาก, และ ครั้งที่ 4 = ระยะเปลี่ยนผ่าน

ด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมสนับสุนทางสังคมในระยะคลอดโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$=4.00, S.D.=0.38) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 (S.D.=0.44) รองลงมาคือ การสนับสนุนด้านการบริการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D.=0.49)

และการสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (S.D.=0.36) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดสูงที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อการดูแลความสะอาดของร่างกายและการดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้คลอดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D.=0.56) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้คลอดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (S.D.=0.59) และความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบห้องคลอดและแนะนำสถานที่ต่างๆแผนกห้องคลอดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (S.D.=0.48) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การอธิปรายผลการศึกษานี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่อความกลัวการคลอดและความพึงพอใจของผู้คลอดที่มารับบริการคลอดปกติในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลมั่น ภูริทัตตโต ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยพยาบาลผู้คลอดมีความกลัวการคลอดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดในแต่ละช่วงระยะของการคลอดเป็นรายคู่ พบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดของผู้คลอดระหว่างช่วงระยะแรกรับผู้คลอดที่ห้องคลอด (ครั้งที่ 1) กับระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร (ครั้งที่ 2) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ครั้งที่ 3) และระยะเปลี่ยนผ่าน (ครั้งที่ 4) อีกทั้งยังพบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 หรือ 4 เซนติเมตร (ครั้งที่ 2) กับระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ครั้งที่ 3) และระยะเปลี่ยนผ่าน (ครั้งที่ 4) แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดระหว่างระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ครั้งที่ 3) กับระยะเปลี่ยนผ่าน (ครั้งที่ 4) และผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนและสามารถเผชิญการคลอดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของบุญนาค พวงทองและนันทวัน แก้วรักถา[31] ที่พบว่าการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดจากการคลอดได้ดีขึ้น และการศึกษาของชุลีพร การะภักดี[19] ที่พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตลอดจนการศึกษาของนิตยา พรมกันทาและคณะ[21] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในผู้คลอดครรภ์แรกทำให้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความกลัวการคลอดบุตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

โปรแกรมสับสนทางสังคมในระยะคลอดในการศึกษานี้ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ และเทคนิคการหายใจแบบ Slow-chest breathing การให้ข้อมูลทำให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในตนเองและมีความรู้สึกปลอดภัยตลอดระยะเวลาของการคลอด 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การใช้คำพูดเสริมสร้างความมั่นใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดี การอยู่เป็นเพื่อน และการสัมผัส การสนับสนุนด้านอารมณ์ส่งผลลัพธ์ด้านบวกคือช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความไว้วางใจในพยาบาลผู้ให้บริการ และ 3) การสนับสนุนด้านบริการ ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลตามความต้องการของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดได้รับความสะดวกสบายปลอดภัย ส่งเสริมบรรยากาศการคลอด อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความพร้อมที่จะทำหน้าที่บทบาทของมารดาต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดจึงสามารถ

ทำให้ผู้คลอดลดความรู้สึกกลัวการคลอด ทำให้กระบวนการคลอดดำเนินไปด้วยความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ตลอดจนทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการการคลอดมากขึ้น เป็นการพัฒนาคุณภาพงานบริการของห้องคลอดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดโดยพยาบาลทำให้ผู้คลอดลดความกลัวการคลอดบุตรและมีความพึงพอใจต่อการบริการมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำเสนอผลการศึกษานี้ให้กับผู้บริหารของโรงพยาบาลได้รับทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้มีทักษะของการสนับสนุนทางสังคมในการให้บริการผู้ป่วยในแผนกต่างๆ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนาคุณภาพบริการหน้างานให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมในสตรีระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อขยายผลการวิจัยและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดให้ครอบคลุมประเด็น ระยะเวลาในการคลอดบุตรและผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้การศึกษาวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, Haunth JC, Rouses DJ, & Spong CY.(2014). Williams obstetrics (23rd ed). New York:MC Graw-Hill.
2. Thornton JM, Browne B, Ramphul M.(2020). Mechanisms and management of normal labour. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine 2020,30(3),84-90.
3. Brownridge P.(1995). The nature and consequences of childbirth pain. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 1995,59(Supplement),9-15.
4. Saisto T, Ylikorkala O, & Halmesmaki E.(1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancy. The American College of Obstetricians and Gynecologists 1999, 94(5 pt1),679-682.
5. อุษา เชื้อหอม, เกสรา ศรีพิชญาการ, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, อารีวรรณ กลั่นกลิ่นและฮอลลี่ พี.เคนเนดี้.(2550). ความกลัวและความทุกข์ทรมานในระยะคลอดของหญิงไทย. วารสารทางการพยาบาล 2550,11(1),49-61.
6. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, & Saisto T.(2011). Mental health problems common in woman with fear of childbirth. BJOG 2011,118(9),1104-1111.
7. นันทพร แสนศิริพันธ์.(2556). ความกลัวการคลอดบุตร. พยาบาลสาร 2556,40(ฉบับพิเศษ),103-112.
8. พุทธชาด แก้วยาและจิราภรณ์ นันท์ชัย.(2566). ความกลัวการคลอดบุตร: บทบาทพยาบาล. เชียงรายเวชสาร 2566,15(1),143-153.
9. Pillitteri A. Maternal and child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2010.
10. Perry SE, Lowdermilk DL, Cashion K, Alden KR.(2012). Maternity and newborn nursing: clinical companion (2nd ed.). St. Louis: Elsevier Mosby;2012.
11. Areskog B, Uddenberg N, KJessler B.(1981). Fear of childbirth in late pregnancy. Gynecol Obstet Investing 1981,12(5),262-266.

12. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, & Stoll K.(2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnancy woman. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2009,38(5),567-576.
13. ทิพวรรณ ทับช้าย, ปิยะนุช ชูโต, นงลักษณ์ เฉลิมสุข.(2562). การสนับสนุนทางสังคม ความกลัวการคลอดและสมรรถนะแห่งตนในการคลอดของสตรีครรภ์แรก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562,37(2),150-159.
14. จุฬารัตน์ ห้าวหาญและศีตรา มยูขโชติ.(2564). การศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564,15(1),24-34.
15. สุกัญญา ปริสัญญกุลและนันทพร แสนศิริพันธ์.(2550). การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
16. ทิวากร ชำนิกุลและพักตร์วิไล ศรีแสง.(2553). ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากญาติต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553,33(1),33-42.
17. Melender HL.(2002). Experiences of fear associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. Birth 2002a,29(2),101-110.
18. Salomonsson B, Bertero C, & Alehagen S.(2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2013,42(2),191-202.
19. ชุลีพร การะภักดี.(2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
20. สุดารักษ์ ประสาร.(2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
21. นิตยา พรมกันทา, ฉวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความกลัวการคลอดบุตรในผู้คลอดครรภ์แรก. พยาบาลสาร 2563,47(3),40-49.
22. House JS.(1981). Work stress and social support. Boston: Addison-Wesley.
23. Bogossian FE.(2007). Social support: Proposing a conceptual model for application to midwifery practice. Women and Birth 2007,20,169-173.
24. Cohen S, Gottlieb BH, & Underwood LG.(2000). Social relationship and health. American Psychologist 2000,59(8),676-684.
25. Cohen S, & Wills TA.(1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 1985,98(2),310-357.
26. Stewart MJ.(1989). Social support: Divers theoretical perspective. Social Sciene & Medicine 1989,28(2),1275-1282.
27. Haines H, Pallant JF, Karlstrom A, Hildingson I.(2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. Midwifery 2011,27(4),560-567.
28. Cohen J.(1977). Statistical power for the behavioral sciences (2nd ed.). New York: Academic Press;1977.
29. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์.(2567). การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2567]. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
30. ธานินทร์ ศิลป์จารุ.(2555) การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี.
31. บุญนาค พวงทองและนันทวัน แก้วรักถา.(2567). ผลของโปรแกรมสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย[ออนไลน์]. ม.ป.ป.[สืบค้นวันที่ 13 พฤศจิกายน 2567]. แหล่งข้อมูล https://library.takpho.go.th/files/6128da106945b6999772ab5694433dda.pdf

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล

Developing a monitoring guidelines for deteriorating symptoms while waiting for the examination of patients who come to the outpatient department of Phon Hospital.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ศิริพร ฉัตรชัยพลรัตน์[1] ณิชชารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย[1] นงนุช พลเขต[1]
Siriporn Chatchiphonrat[1] Nitchare Phumpanitchai[1] Nongnuch Phonket[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการ และสามารถลดอัตราการเกิดผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจได้ รวมไปถึงเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการเก็บตัวอย่างเป็นก่อนการพัฒนา 30 คน และหลังการพัฒนา 30 คน

ผลการศึกษาพบว่าการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอก ช่วยทำให้ค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจน้อยกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนน SOSP น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) นอกจากนี้ผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 70.89 และหลังการพัฒนา ร้อยละ 95.56 และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 การดูระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.30, S.D. = 0.57) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านนโยบายของหน่วยงานในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ (ค่าเฉลี่ย = 4.47, S.D. = 0.64) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือองค์ประกอบของแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงด้าน Monitoring Continuous (ค่าเฉลี่ย = 4.07, S.D. = 0.59)

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ, ระยะเวลารอคอย, ผู้ป่วยนอก

Abstract

This objective of this research was to develop a protocol for monitoring patient deterioration while waiting for medical examination and to reduce the incidence of patient deterioration during the waiting period. Additionally, the study aimed to assess the outcomes of the protocol development for monitoring patient deterioration in the OPD at Phon Hospital, Khon Kaen Province. This research employed an action research design, collecting pre-intervention samples from 30 participants and post-intervention samples from 30 participants. The results revealed that implementing the protocol for monitoring patient deterioration during the waiting period significantly reduced the average waiting time compared to before the development ($p < 0.001$). Furthermore, the average SOSP scores significantly decreased ($p = 0.03$). In addition, compliance with the developed protocol for monitoring patient deterioration during the waiting period was achieved by 70.89% before the protocol development and 95.56% after the development. When analyzing specific choice, most were achieved at a 100% compliance rate. The overall satisfaction level with the protocol was rated as high

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

(mean = 4.30, S.D. = 0.57). The highest satisfaction was with the department's policy on using the protocol (mean = 4.47, S.D. = 0.64), while the lowest satisfaction was with the feasibility of the protocol's continuous monitoring component (mean = 4.07, S.D. = 0.59).

Keywords: monitoring patient deterioration, waiting time, outpatient department

บทนำ

การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญของบุคลากรทางการพยาบาล ในการประเมินสภาพผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทยได้กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัย และคุณภาพเป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ทุกหน่วยงานพึงปฏิบัติ กล่าวคือกำหนดให้ทุกองค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาระบบ หรือ แนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของความปลอดภัยของผู้ป่วย งานบริการผู้ป่วยนอกเป็นการบริการด่านหน้าเป็นลักษณะงานเฉพาะที่ผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความหลากหลาย และมีจำนวนมาก ถือเป็นจุดหนึ่งที่มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงอาจมีอาการทรุดลงในระหว่างรอรับการตรวจรักษาที่ต้องบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในแต่ละวันจะมีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง บุคคลดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการทรุดลงในขณะรอตรวจได้ตลอดเวลา ดังนั้นแนวทางการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมุ่งผลลัพธ์ เช่น ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับความรู้ หรือคำแนะนำ เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วย เพื่อป้องกันอาการทรุดลง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยทำการประเมินผู้ป่วยในเชิงรุกทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (The Royal College of Surgeons of England, 2017) ซึ่งสำนักการพยาบาลได้กำหนดบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกไว้ดังนี้ คือ 1) การทำหน้าที่คัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทความเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค และ 2) การอำนวย ความสะดวกแพทย์ในการตรวจรักษาโรค และสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจ และ หลังการตรวจรักษา[1]

การคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยมีความสำคัญบ่งบอกถึงคุณภาพของการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่อาการคงที่จะได้รับการเข้าตรวจรักษากับแพทย์ตามลำดับคิว สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือฉุกเฉินมาก ต้องได้รับการดูแลรักษาทันที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ถ้ามีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ล่าช้า ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงเฉียบพลัน หรืออาการแทรกซ้อนโดยไม่คาดคิดจนถึงขั้นเสียชีวิต ทำให้เกิดการฟ้องร้อง เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้มารับบริการไม่พึงพอใจโรงพยาบาลในการมารักษาครั้งต่อไป โดยนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครที่ประกอบด้วย 1 ภารกิจพิเศษ 5 นโยบาย ทันใจ 19 ภารกิจผลักดันทันที ความปลอดภัย (Community) คือ นโยบายที่ 3 ของผู้ว่า

ราชการกรุงเทพมหานครที่กล่าวว่า ชีวิตปลอดภัย ทรัพย์สินปลอดภัย ชุมชนปลอดภัยและสังคมปลอดภัย โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ มีหน้าที่ภารกิจเรื่องความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย การบริหารจัดการงานบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นความปลอดภัยด้านสุขภาพของผู้เจ็บป่วยคืองานสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานยึดมั่นเป็นเป้าหมายหลักในการทำงาน[2]

ปัญหาอาการที่ทรุดลง หรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลงจากเดิมของผู้ป่วยระหว่างรอตรวจมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย (Patient safety) ได้ การให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนผู้มารับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนไม่น้อยที่เกิดทรุดลง เช่น โรงพยาบาลบุรีรัมย์รายงานว่าตั้งแต่ ปี 2551-2553 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาล จำนวน 5, 8 และ 11 คนจากลมชัก หอบมากขึ้น ช็อก และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน ทั้งนี้การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมิน และระวังผู้ป่วยเชิงรุก พบว่าแนวทางเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงสามารถช่วยพยากรณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และเพิ่มความตระหนักของบุคลากรในการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลง และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้[1]

งานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่นถือเป็นส่วนงานบริการด่านหน้าที่ต้องดำเนินการตามข้อกำหนดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพที่ดี โดยงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่นจำแนกเป็นห้องตรวจ 9 ห้อง ได้แก่ ประกอบด้วยห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องตรวจกระดูก และข้อ ห้องตรวจกุมารเวช ห้องตรวจสูติกรรม-นรีเวช ห้องตรวจตา ห้องตรวจปรึกษาสุขภาพ และห้องตรวจโรคทั่วไป 2 ห้อง โดยในแต่ละวันจะใช้ห้องตรวจ 8 ห้อง นอกจากนี้ยังมีงานด้านสนับสนุนได้แก่ งานห้องฉีดยาทำแผล ร่วมกับทำหัตถการ และงานคัดกรองประชาสัมพันธ์ มีขอบเขตหน้าที่หลักในการเป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ โดยในปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้มารับบริการจำนวน 83,350 ราย 55,120 ราย และ 55,305 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ผู้รับบริการมีอาการทรุดลงในปี 2563-2565 จำนวน 624 ราย 360 ราย และ 480 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.75, 0.65 และ 0.87 ซึ่งเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดคุณภาพของงานบริการผู้ป่วยนอกที่สำนักการพยาบาลกำหนดไว้ คือ จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ใช้บริการที่อาการไม่คงที่ ที่งานบริการผู้ป่วยนอกต้องเท่ากับศูนย์ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกใช้แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยอาการทรุดลงไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกในแต่ละวันที่มีจำนวนมาก เมื่อเทียบกับอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลทำให้การคัดกรอง และประเมินสภาพ และจำแนกประเภทผู้ป่วยต้องเร่งรีบ และไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามถึงแม้จะได้มีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยการจัดหาพยาบาลวิชาชีพจากแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินมาขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาก็ยังพบอุบัติการณ์การเกิดอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มารอตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เช่น มีไข้สูง,ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ, ชีพจรช้า หรือเร็ว, หายใจผิดปกติ, ลมชัก, ปวดท้อง และ

ผู้ป่วยที่นัดมาเจาะเลือดมีอาการเป็นลมได้ง่าย เป็นต้น กว่าจะได้คัดกรองต้องใช้เวลานาน เสี่ยงต่ออาการไม่คงที่ ซึ่งถ้าเจ้าหน้าที่ห้องตรวจได้มีการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่ และมีการคัดกรองที่ถูกต้อง และรวดเร็ว สามารถส่งพบแพทย์ทำการรักษา หรือส่งต่อห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินได้ทันที[3,4,5]

ผู้วิจัยในฐานะทีมพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพลที่มีหน้าที่ดูแลร่วมรับผิดชอบงานบริการของห้องตรวจผู้ป่วยนอกเห็นความสำคัญของการจัดบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ด้วยการคัดกรอง และเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้รับบริการจึงสนใจพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้วิธีการของ R2R (Routine to Research) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการ และทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มารับบริการสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์ แนวทางการเฝ้าระวังเดิม
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการ และสามารถลดอัตราการเกิดผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจได้
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ระยะเวลารอคอยการตรวจของผู้ป่วย การใช้แนวทางการเฝ้าระวัง และความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการเฝ้าระวังของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) 4) การสะท้อน (Reflection) ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) โดย

1. ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนา

1.1 การวางแผน (Planning) นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 14 คน เพื่อสนทนากลุ่ม เพื่อประชุมปรึกษาศึกษาปัญหา/สาเหตุ และหาแนวทางปฏิบัติและร่างแนวทางพัฒนา

1.2การปฏิบัติ (Action) เป็นระยะที่นำแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่พิจารณาแล้วไปทดลองใช้

1.2.1 ประชุมพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจในแต่ละองค์ประกอบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปรับปรุงร่วมกัน เพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญ และร่วมกันเสนอแนวทางและกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติร่วมกันของการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการ ทรุดลงระหว่างรอตรวจนำไปสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงที่พัฒนาขึ้น

1.2.2 กำหนดให้พยาบาลในหน่วยงานนำแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและประสานงานการปฏิบัติ

1.3การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) เป็นระยะติดตามผลการปฏิบัติทั้งด้านผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ โดยในส่วนของผู้รับบริการนั้นมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นแบบปัจจุบัน (real time) ระยะเวลาการรอตรวจ เพื่อการสังเกตทิศทาง หรือ

แนวโน้มการเกิด และสรุปผลประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจด้วยวิธีการสังเกต สอบถาม และดูจากบันทึกในเวชระเบียน เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของพยาบาล และเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

1.4การสะท้อน (Reflection) เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยสรุปผลการพัฒนาทั้งหมดทั้งเชิงบวก และเชิงลบ เพื่อเป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หรือไม่ ภายหลังทดลองนำแนวทางไปปฏิบัติ โดยวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยให้การนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้จริง รวมทั้งรับฟังข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อวางแผนในวงรอบต่อไป

2. ระยะที่ 2 ระยะหลังการพัฒนา

2.1การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ โดยผู้วิจัยสนทนากลุ่ม และเสนอแนวทางการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่ได้ปรับปรุง ใหม่ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง หลังจากนั้นทำการอบรมวิธีการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงในบุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 14 คน

2.2การปฏิบัติ (Action) โดยนำแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงที่ได้ ปรับปรุงใหม่ไปปฏิบัติ โดยกำหนดให้พยาบาลในหน่วยงานนำแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลระหว่างรอตรวจสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา และประสานงานการปฏิบัติ

2.3การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) โดยติดตามสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการพยาบาลคนละ 2 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลง และเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจโดย ใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวทาง การเฝ้าระวังอาการทรุดลงตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

2.4การสะท้อน(Refection) ระยะนี้ได้จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกันประเมินผล
แนวทางการป้องกันผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ผู้วิจัยสรุปผลการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจทั้งหมดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อเสนอผลการวิจัยต่อไป โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 – กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 8 คน และผู้ช่วยพยาบาล 5 คน และผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 - กรกฎาคม 2566 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้มารับบริการ และผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจจะใช้ประชากรทั้งหมดในการวิจัย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 14 คน มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) ปฏิบัติงานประจำที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้เป็นอย่างดี 3) มีสติ สัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูล อ่าน เขียน ฟัง ได้ยิน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ 1) ย้ายที่

ทำงาน หรือลาออก และ 2) เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชาย และหญิงที่มารับบริการรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล 2) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงตามแนวทางการประเมินของ Search Out Severity (SOS) เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนความเสี่ยงต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วย 1 คะแนนขึ้นไป 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 4) รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้เป็นอย่างดี 5) สติ สัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูล อ่าน เขียน ฟัง ได้ยิน และเข้าใจ ภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ มีความประสงค์ไม่เข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ แนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราเอกสาร และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยคู่มือแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดระหว่างรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนภาพการประเมินคะแนน SOSP และโปสเตอร์แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดระหว่างรอตรวจ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

2.2แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ประกอบด้วยอายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์ทำงาน

2.3แนวการสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่มผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.4แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังอาการทรุดระหว่างรอตรวจประกอบด้วยการเดินทาง (เดิน เปลนั่ง เปลนอน) ระยะเวลาการรอตรวจ และคะแนน SOSP (SOS score, Pain score) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความเจ็บปวด มีการแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0–3 คะแนน

2.5แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วยข้อปฏิบัติทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ

2.6แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สังเคราะห์ ตีความสรุปประเด็นต่าง ๆ ในระยะก่อนการพัฒนา และระยะที่ 2 หลังการพัฒนา

สถิติวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการ พยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาการรอตรวจ ก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง

อาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล ซึ่งสามารถสรุปผลของการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากผู้มารับบริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 และ 56.67 ตามลำดับ มีช่วงอายุ 51-60 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.34 และ 36.67 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 80 ตามลำดับ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 40 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.67 และ 30 ตามลำดับ มีรายได้อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ ในระยะก่อนการพัฒนาการวินิจฉัยโรคที่ได้รับมากที่สุด คือ ลำไส้อักเสบ คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนระยะหลังการพัฒนามาด้วยอาการอื่นได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด คือ โรคแผลอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 36.67 มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงมากที่สุดทั้งระยะก่อน และหลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 60 และ 46.67 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ทั้งในระยะก่อน และพัฒนาไม่มีการใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้ายคิดเป็นร้อยละ 60 และ 53.33

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากผู้ให้บริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.43 มีช่วงอายุน้อยกว่า 41 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีสถานภาพสมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.29 มีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 มี มีรายได้อยู่ในช่วงมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.85

3. การใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพล ช่วยทำให้ค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจร้อยกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนน SOSP น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)

4. ผลการวิจัยพบว่าผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 70.89 และหลังการพัฒนา ร้อยละ 95.56 และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ร้อยละ 100

5. ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.30, S.D. = 0.57) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุด คือด้านนโยบายของหน่วยงานในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ (ค่าเฉลี่ย = 4.47, S.D. = 0.64) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือ องค์ประกอบของแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงด้าน Monitoring Continuous (ค่าเฉลี่ย = 4.07, S.D. = 0.59)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกตามขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบศึกษาผล และการสะท้อนเพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังอาการทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการทรุดด้วยคะแนน SOSP และการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ การจัดทำสัญลักษณ์ และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกับทีมสุขภาพให้เข้าใจง่าย ผลการดำเนินงานได้ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิผลดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในการอบรมวิธีการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ซึ่งในการประชุมจะมุ่งหาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยทำให้มีแบบแผน คือ มีการกำหนดเรื่องชัดเจน มีการฝึกปฏิบัติ ในหัวข้อเรื่องที่ประชุมทำให้เกิดประสิทธิภาพ บรรลุป้าหมายที่กำหนดไว้[6]

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกส่งผลต่อระยะเวลารอคอย โดยพบว่าหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจน้อยกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีม ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและคลอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจมีความมั่นใจสามารถคัดกรองและตระหนักให้ความสำคัญอาการต่าง ๆ ที่ผิดปกติของผู้ป่วย และประเมินระดับคะแนนได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับงานวิจัยของวิสาร์กร มดทอง และคณะ[7] ที่พบว่า หลังจากที่ได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ระยะเวลารอรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปลดลง

การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกของผู้ใช้แนวทางทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ สามารถปฏิบัติตามแนวทางทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลขณะรอตรวจได้เป็นอย่างดี คะแนนการปฏิบัติโดย ภาพรวมมีค่าร้อยละ 95.56 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีการปฏิบัติทุกครั้ง แสดงให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนและเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในกระบวนการพัฒนาต่างๆ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลขณะรอตรวจ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การหาแนวทางการแก้ปัญหา การปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผลร่วมกันเป็นผลให้บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจสิ่งที่กำลังพัฒนาและสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องนั่นเอง[8]

ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ในทุกขั้นตอน บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเป็นผู้เสนอประเด็นที่จะพัฒนาตามความคิดเห็นของตนเองเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ ให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของวงเดือน จีรยาต่างกลาง และคณะ (2559) ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจไปใช้กับห้องตรวจผู้ป่วยนอกในแผนกอื่น ๆ เพื่อช่วยประเมินและแบ่งระดับผู้ป่วยเพื่อให้การติดตาม และช่วยเหลือได้ทันเวลา

2. ควรมีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยนอก เพื่อเกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนอก

3. ควรมีการพัฒนาคู่มือแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจของห้องตรวจผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้แอพพลิเคชั่นคำนวณคะแนนผลลัพธ์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้เป็นแนวทางเพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อหาแนวทางแก้ไข และป้องกันต่อไป

5. ควรวิจัยเพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านอุบัติการณ์การเกิดอาการทรุดลงภายหลังการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจโดยขยายพื้นที่ในการศึกษาไปในทุกแผนก

เอกสารอ้างอิง

1. จีรยา ต่างกลาง. (2559). **การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรือมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ.** สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2566, จาก http://110.77.137.106/cqi/uploads/CQI%20OPD (ดูแลผู้ป่วย).pdf
2. นันธิดา พันธุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู. (2560). **แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย.** วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 10(2), 1-13
3. เวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพล ขอนแก่น. (2563). **รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2563.** ขอนแก่น: โรงพยาบาลพลขอนแก่น.
4. เวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพล ขอนแก่น. (2564). **รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2564.** ขอนแก่น: โรงพยาบาลพลขอนแก่น.
5. เวชสารสนเทศ โรงพยาบาลพล ขอนแก่น. (2565). **รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2565.** ขอนแก่น: โรงพยาบาลพลขอนแก่น.
6. ทองทิพภา วิริยะพันธ์. (2561). **การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.
7. วิสาร์กร มดทอง, พรรณนิภา รักพาณิชย์ และอุรชา อาไพพิศ. (2557). **การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์.** วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(6), 1043- 1050.
8. สัญญา ยือราน และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2561). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ.** วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(2), 288-300.

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง

Applying an Empowerment Program to Enhance Perceived Empowerment and Care Behaviors among Elderly Individuals at Risk for Hypertension.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

นิภา สุทธิพันธ์[1] นันทิกา ตั้งเพียร[2]
Nipar Suttipun[1] Nuntika Tungpean[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการวัดค่าความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้สูงอายุ, ความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ดูแล

Abstract

This quasi-experimental research with a control group design aimed to examine the effects of an empowerment program on perceived empowerment and caregiving behaviors among caregivers of elderly individuals at risk for hypertension. The sample consisted of 60 participants—30 in the experimental group and 30 in the control group. The experimental group participated in a 4-week empowerment program based on Gibson's concept, which includes four stages: discovering reality, critical reflection, taking charge, and holding on. Research instruments included general information questionnaires, a perceived empowerment scale, a caregiving behavior assessment, and blood pressure measurements before and after the intervention. Data were analyzed using paired t-tests and independent t-tests.

The results showed that the experimental group had significantly higher mean scores for perceived empowerment and caregiving behaviors after the program ($p < 0.001$), whereas the control group showed no significant changes. Additionally, both systolic and diastolic blood pressure levels of elderly individuals in the experimental group significantly decreased ($p < 0.001$).

Keywords: Empowerment, Elderly, Hypertension, Caregiving Behavior, Caregiver

---

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author: Nuntika Tungpean; Email: nuntika.tun@neu.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรในระดับชุมชน หนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง[1] อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลโดยตรง แต่ในปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็ก และผู้ดูแลมักมีภาระงานอื่นร่วมด้วย ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุอาจไม่ครอบคลุม การขาดความเชื่อมั่นของผู้ดูแลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นอุปสรรคสำคัญ[2]

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีบทบาทเชิงรุกในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแนวคิดของ Gibson[3] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ได้รับการประยุกต์ใช้ในงานวิจัยหลายฉบับ และพบว่า สามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[2,4]

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการเกิดโรค ได้แก่พฤติกรรมการบริโภค รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ปลาร้า อาหารหมักดอง และอาหารรสเค็มจัด[5] ผู้สูงอายุจำนวนมากมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ความรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และมีอัตราการไม่ทานยาอย่างเคร่งครัดและภาวะโรคร่วม กล่าวคือ ผู้สูงอายุหลายรายมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ยากขึ้น

จากข้อมูลของ สำนักงานสถิติแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข (HDC, ปี 2566) ระบุว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความดันโลหิตสูงคิดเป็นประมาณ 30–35% จังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยสูง ได้แก่ นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี และอุดรธานี[5,6] อัตราการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี (BP <140/90 mmHg) ยังไม่ถึง 50% ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย ดังนั้น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่าน รพ.สต. และ อสม. อย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชุมชน การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

. งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงผ่านการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล โดยคาดหวังว่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

อย่างยั่งยืน ดังนั้น การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อยกระดับการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่รับยาความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) คือ การสุ่มตัวอย่างที่ทุกหน่วยของประชากรมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆ กัน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน (ผู้ดูแล–ผู้สูงอายุ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Gibson[3] มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การค้นพบสภาพจริง (Discovering Reality)

ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ (Taking Charge)

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ (Holding On)

โดยโปรแกรมมีกิจกรรมกลุ่ม และเอกสารประกอบ เช่น คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่จัดทำโดยผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชุด สำหรับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล (10 ข้อ) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแล (10 ข้อ)แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (20 ข้อ)

ชุดที่ 2 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา ค่าความดัน

โลหิต และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงตรง และเชื่อมั่นในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการพิจารณาประเมินว่าเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และดำเนินการปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 20 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละฉบับโดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลที่ได้คือ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลเท่ากับ 0.80 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเท่ากับ 0.84 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 0.87 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ (3อ. 2ส.) เท่ากับ 0.88 โดยค่า Cronbach's Alpha ทั้งหมดมากกว่า 0.75 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดีถึงดีมาก (สูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ, ระยะดำเนินการทดลอง, และ ระยะประเมินผล

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ศึกษาเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและสร้างเครื่องมือวิจัย

1.2 ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม

1.3 ติดต่อประสานงานหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษา

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.5 ดำเนินการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

1.6 เก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามและวัดค่าความดันโลหิต

2. ระยะดำเนินการทดลอง (ระยะเวลา 4 สัปดาห์) โดยดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[3] แบ่งเป็น 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การค้นพบสภาพจริง (Discovering Reality) สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย แนะนำโปรแกรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ และตระหนักรู้ถึงปัญหา

สัปดาห์ที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) วิเคราะห์รูปแบบการดูแลที่ผ่านมา ระบุปัญหา อุปสรรค และสะท้อนความรู้สึก

สัปดาห์ที่ 3 การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ (Taking Charge) ร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละราย

สัปดาห์ที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ (Holding On) ติดตาม สนับสนุนการปฏิบัติ และเสริมแรงการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะประเมินผล

3.1 ประเมินผลหลังการทดลอง (Posttest) ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับช่วงก่อนทดลอง

3.2 เปรียบเทียบผลการรับรู้พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแล และระดับความดันโลหิต

3.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (เช่น ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติวิเคราะห์ (Paired
t-test, independent t-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป และ การทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อนำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลัง การทดลองภายในกลุ่มเดียวกันได้แก่ คะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุ และ Independent sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเพื่อดูความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดจากการได้รับโปรแกรม

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ HE-RDI-NRRU.160/2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศหญิงมากถึงร้อยละ 86.7 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 76.7 ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40–60 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 40 ปี ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับประถมศึกษา และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะ สามี/ภรรยา หรือ บุตร โดยกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยามากที่สุด (ร้อยละ 56.7) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 66.7) นอกจากนี้ ระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10 ปี ในทั้งสองกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.7) ขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากกว่า (ร้อยละ 60) กลุ่มผู้สูงอายุในทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 60–70 ปี โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 76.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีสถานภาพสมรสเป็นคู่ครองมากกว่าครึ่งของแต่ละกลุ่ม ส่วนจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4–6 คน และในด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีปัญหาทางสายตา เช่น ตาพร่ามัว ขณะที่กลุ่มควบคุมประสบปัญหาการเคี้ยวอาหาร

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนรับโปรแกรม ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าโปรแกรมมีผลต่อการเสริมสร้างการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	n	ก่อนได้รับโปรแกรม	SD	หลังได้รับโปรแกรม	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	26.4	3.2	34.6	2.9	8.72	**< 0.001**
กลุ่มควบคุม	30	25.9	3.1	26.5	3.0	0.88	0.387

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) แสดงว่าแนวทางเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	N	ก่อนได้รับโปรแกรม	SD	หลังได้รับโปรแกรม	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	28.1	4.1	36.9	3.6	9.51	**< 0.001**
กลุ่มควบคุม	30	27.8	4.0	28.6	4.2	1.11	0.273

ค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรม แสดงว่าโปรแกรมส่งผลทางอ้อมที่ชัดเจนในการช่วยลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	ก่อนได้รับโปรแกรม	SD	หลังได้รับโปรแกรม	SD	t	p-value
ความดัน Systolic (mmHg)	146.8	10.5	132.2	9.4	7.56	< 0.001
ความดัน Diastolic (mmHg)	92.5	6.3	84.7	5.9	6.89	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดของ Gibson[3] ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม อภิปรายผลได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและสะท้อนตนเองช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในขั้นตอน "การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ" และ "การตัดสินใจเลือกแนวทาง

ปฏิบัติ" ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจบริบทของตนเองและการลงมือปฏิบัติอย่างมั่นใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของน้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม[7] พบว่า การเสริมพลังผู้ดูแลมีผลให้เกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองสูงขึ้น และสามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาดา สวนนุ่ม[4] พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตที่ดีขึ้นหลังรับโปรแกรม ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการควบคุมตนเองที่ดีขึ้น อันเป็นผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม อภิปรายผลได้ว่า พฤติกรรมการดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเสริมพลังทำให้ผู้ดูแลไม่เพียงรับรู้บทบาทของตนเอง แต่ยังสามารถนำความรู้และแนวทางที่ได้จากโปรแกรมไปประยุกต์ใช้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรดา ทองสุข และคณะ[2]พบว่า ผู้ที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาดา สวนนุ่ม[4] พบว่า พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อภิปรายผลได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ การมีขั้นตอนกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม และการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มทดลองอาจเป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม[7] พบว่า ผลลัพธ์เช่นเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตที่ต่ำลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาดา สวนนุ่ม[4] พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน

จากการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีพื้นฐานจากแนวคิดของ Gibson[3] พบว่า แนวทางดังกล่าวเน้นกระบวนการสร้างการตระหนักรู้ตนเอง ผ่านการทบทวนภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยผู้เข้าร่วมจะได้รับการฝึกให้ประเมินค่าความดันโลหิตของตนเอง และตระหนักถึงระดับที่เริ่มสูงขึ้น รวมถึง การฝึกฝนทักษะในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง การไตร่ตรองพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในด้านบวกและลบ และการให้เหตุผลเชิงสะท้อนผลกระทบจากการละเลยการดูแลสุขภาพ โดยมีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริมการเลือกวิธีดูแลสุขภาพอย่างมีเหตุผลและเหมาะสมกับตนเอง

ผลลัพธ์ของโปรแกรมสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรดา ทองสุก และคณะ[2] พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวแล้ว มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย[8] ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หลังจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

นอกจากนี้ การที่กลุ่มผู้มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามพฤติกรรมต่อเนื่อง โดยเน้นการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทาง 3อ. 2ส. ยังส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี[9] และระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้อง

กับงานวิจัยของ เนติยา แจ่มทิม, สินีพร ยืนยง และปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์[10] ซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจเพื่อการป้องกันโรค มีพฤติกรรมในการป้องกันความดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. การนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในชุมชน หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

2. การสนับสนุนบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว ควรจัดกิจกรรมอบรมสำหรับผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างทักษะ ความมั่นใจ และความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง และลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล

3. การมีส่วนร่วมของชุมชน ควรส่งเสริมให้ผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อสร้างบรรยากาศสนับสนุนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายระยะเวลาศึกษา ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรม (เช่น 3–6 เดือน) เพื่อประเมินผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิตอย่างยั่งยืน

2. การเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่ เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถทั่วไปได้มากขึ้น ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาหลายตำบลหรือหลายจังหวัด

3. การเปรียบเทียบโปรแกรมอื่น อาจเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับโปรแกรมสุขศึกษาอื่น ๆ เพื่อหากลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลกลุ่มเสี่ยง

4. การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม ควรศึกษาประสบการณ์ ความรู้สึก และมุมมองของผู้ดูแล และผู้สูงอายุผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจอุปสรรคและปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินโปรแกรมในบริบทชีวิตจริง

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา.(2563). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สาธารณสุข.
2. วรดา ทองสุก, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ และ ปิ่นหทัย สุภเมธาพร.(2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;28(2):45–57.
3. Gibson, C. H.(1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing 1995;21(6):1201–10.
4. สุชาดา สวนนุ่ม.(2566). การใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลชุมชน 2566;31(1):33–47.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2565. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. [เข้าถึงเมื่อ 2568, มิถุนายน 27]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/
6. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 2568, มิถุนายน 27]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/
7. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม.(2560). การเสริมพลังผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560.

8. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย.(2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดีจังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;24(2):46-58.
9. สุนันทา ศรีสวัสดิ์ และชูศักดิ์ ปราณี.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;39(2):45–60.
10. เนติยา แจ่มทิม สินีพร ยืนยง และปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์.(2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2559;22(1):65-76.

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Community Participatory Solid Waste Management Model in the Service Area of Laodaeng Sub-district Health Promoting Hospital, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 14,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

สุริยา นะที[1] บรรเทิง พลสวัสดิ์[2]
Suriya Natee[1] Bunterng Polsawat[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยระดับครัวเรือนและชุมชน 2) ศึกษาพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย และ 3) พัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ระหว่างธันวาคม 2566-2567 โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต และแบบบันทึกขยะครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยตัวแทนครัวเรือน 274 คน และผู้เกี่ยวข้อง 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ขาดระบบคัดแยกขยะและบริการเก็บขยะจากท้องถิ่น แต่ประชาชนจัดการขยะด้วยตนเองผ่านการฝัง เผา และทิ้งในหลุมสาธารณะ การมีส่วนร่วมของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.92, SD = 0.14) โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติ (M = 4.05, SD = 0.13) แต่การตัดสินใจต่ำกว่า (M = 3.79, SD = 0.40) พฤติกรรมการจัดการขยะโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (M = 2.33, SD = 0.36) มีจุดแข็งด้านการกำจัด (M = 2.50, SD = 0.35) และการลดการเกิดขยะ (M = 2.38, SD = 0.37) แต่อ่อนด้านการนำกลับมาใช้ (M = 2.13, SD = 0.42) และการคัดแยกขยะ (M = 2.33, SD = 0.38) จากการติดตามขยะ 60 ครัวเรือนเป็นเวลา 5 วัน พบขยะทั่วไป (M = 81.52 SD =6.65) และขยะอินทรีย์ (M =35.62 SD =5.18) ปริมาณขยะเฉลี่ย 0.68 กก./คน/วัน (SD =0.14) การวิจัยพัฒนารูปแบบ "6P PLUS ชุมชนเหล่าแดงร่วมใจ" ประกอบด้วย Policy (นโยบาย) Participation (การมีส่วนร่วม) Promotion (การส่งเสริม) Profit (คุณค่าจากขยะ) Protection (อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม) และ Partnership (ความร่วมมือ) ผ่านการทำงานร่วมกันและสร้างแรงจูงใจเศรษฐกิจและจิตสำนึก

คำสำคัญ: การจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมของชุมชน วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รูปแบบ 6P PLUS

Abstract

This research aimed to: 1) study solid waste management situations at household and community levels, 2) examine people's behavior and participation in waste management, and 3) develop a community participatory waste management model. The study used Participatory Action Research (PAR) methodology from December 2023-2024, collecting data through questionnaires, interviews, focus groups, observations, and household waste records. The purposive sample included 274 household representatives and 15 stakeholders. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

Findings revealed that most households lacked waste separation systems and local government collection services, but people managed waste independently through burial, burning, and disposal in community pits. Public participation was high overall (M = 3.92, SD = 0.14), particularly in implementation (M = 4.05, SD = 0.13), but lower in decision-making (M = 3.79, SD = 0.40). Waste management behavior was

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลเหล่าแดง องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี, จ.อุบลราชธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล bunterng01@gmail.com

moderate overall (*M* = 2.33, *SD* = 0.36), with strengths in disposal (*M* = 2.50, *SD* = 0.35) and waste reduction (*M* = 2.38, *SD* = 0.37), but weaknesses in reuse (*M* = 2.13, *SD* = 0.42) and separation (*M* = 2.33, *SD* = 0.38). A 5-day waste tracking study of 60 households found general waste (*M* = 81.52, *SD* =6.65) and organic waste (*M* = 35.62, *SD* =5.18), with average waste generation of 0.68 kg/person/day (*SD* =0.14). The research developed the "6P PLUS Laodaeng Community United" model comprising six components: Policy, Participation, Promotion, Profit (value from waste), Protection (environmental conservation), and Partnership through collaborative stakeholder engagement and economic/environmental incentives.

Keywords: solid waste management, community participation, participatory action research, sub-district health promoting hospital, 6P PLUS model

บทนำ

ปัญหาขยะเป็นปัญหาสำคัญของชุมชนที่มีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสังคมและระบบนิเวศ ทั้งในด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วผนวกกับค่านิยมในการบริโภคที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้มีการผลิตสินค้าและบรรจุภัณฑ์ในรูปแบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง[1] ขยะที่เกิดจากบรรจุภัณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะประเภทแก้วกระดาษ แก้วพลาสติก กล่องอาหาร และบรรจุภัณฑ์พลาสติกจากร้านสะดวกซื้อ ร้านกาแฟ หรือร้านจำหน่ายเครื่องดื่มต่าง ๆ ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษ[2] แสดงให้เห็นว่าในปี 2565 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน แต่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้เพียง 8.80 ล้านตัน และกำจัดอย่างถูกต้องได้เพียง 9.80 ล้านตัน ขณะที่ยังมีการกำจัดไม่ถูกต้อง 7.10 ล้านตันและขยะตกค้าง 9.91 ล้านตัน งานวิจัยของ Zhiyong et al.[3] ที่ศึกษาลักษณะการจัดการขยะในพื้นที่ชนบทของประเทศกำลังพัฒนาพบว่า การบูรณาการในการจัดการขยะและการแยกประเภทขยะจะทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น สถานการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

การจัดการขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง ปัญหาเหล่านี้กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคและแพร่สารพิษที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่ประชาชน รวมถึงลดประสิทธิภาพการระบายน้ำซึ่งเป็นสาเหตุของน้ำท่วม ผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์เกิดขึ้นได้หลายระบบ ทั้งระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบผิวหนัง ตั้งแต่อาการเล็กน้อยเช่น ระคายเคืองต่อตา กลิ่นฉุนแสบจมูก คลื่นไส้ อาเจียน ไปจนถึงภาวะรุนแรงเช่น หัวใจวาย สมองฝ่อ มะเร็ง และการเสียชีวิต[4] การศึกษาของกัญญ์ณณัฏฐ์ วชิรหัตถพงศ์[5] ในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกประเภทขยะมูลฝอยในระดับมาก แต่มีจิตสำนึกเกี่ยวกับการจัดการขยะในระดับปานกลาง และยังขาดการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความรู้ที่มี นอกจากนี้ ปัญหาของเสียอันตรายจากชุมชนยังเป็นอีกประเด็นที่น่าวิตกกังวล เมื่อของเสียอันตรายที่เกิดขึ้น 638,000 ตันต่อปี ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพียง 83,600 ตัน หรือเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น[2] สถานการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับปรุงระบบการจัดการขยะให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวทางการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของชุมชน การปลูกฝังจิตสำนึกและการเปิดโอกาสให้ประชาชนในแต่ละชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการขยะ จะทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และเกิดจิตสำนึกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย การศึกษาของนฤนาท ยืนยง และพิชชานาธ เงินดีเจริญ[6] ใน

ตำบลสำพะเนียง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับน้อย (*M* = 2.36, *SD* =0.86) แต่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการอยู่ในระดับมาก (*M* = 2.72, *SD* =0.89) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมของประชาชนในการมีส่วนร่วม แต่ยังขาดการเปิดโอกาสในกระบวนการตัดสินใจ การวิจัยของพระวสุพล วชิรปิโย[7] ได้พัฒนา "PIN Model" ที่ประกอบด้วย P (Participation) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน I (Idols) การใช้ต้นแบบครัวเรือน และ N (Network) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากการจัดการขยะมูลฝอยที่ครบวงจรมีต้นทุนสูงมาก ประชาชนในชุมชนจึงควรมีความตระหนักในการลดปริมาณขยะมูลฝอยมากกว่าการพึ่งพาการกำจัดขยะมูลฝอยจากภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว[8] การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างความสมดุลระหว่างคน ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างยั่งยืน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดงเผชิญกับปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยที่สะท้อนสถานการณ์ของชุมชนชนบทในประเทศไทย หน่วยงานแห่งนี้ซึ่งสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบพื้นที่ 6 หมู่บ้าน จำนวน 931 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 3,149 คน จากการศึกษาเบื้องต้นโดยการสุ่มสัมภาษณ์ตัวแทนครัวเรือนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ พบว่าการบริหารจัดการขยะมูลฝอยยังไม่เป็นระบบ ครัวเรือนมีการจัดการขยะไม่เหมาะสมโดยใช้วิธีการเผา ฝังกลบ และไม่มีที่ทิ้งหรือกำจัดขยะหรือของเสียอันตราย ปัญหาที่เกิดขึ้นได้แก่ กลิ่นเหม็นของกองขยะ แมลงวันและสัตว์นำโรคชนิดต่างๆ และควันจากการเผาขยะมูลฝอยซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนโดยตรง สภาพปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของภิศักดิ์ กัลยาณมิตร และวชิรวัชร งามละม่อม[9] ที่พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการลดปริมาณขยะมูลฝอย รณรงค์ให้ประชาชนมีส่วนร่วม จัดระบบการรีไซเคิล และระบบการขนส่งและกำจัดแบบผสมผสาน สภาพปัญหาและความท้าทายเหล่านี้จึงเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์และการจัดการขยะมูลฝอยระดับครัวเรือนและชุมชนในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

2.เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

3.เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Participatory Action Research (PAR) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของการวิจัย[10] โดยใช้วงจรการวิจัยสี่ขั้นตอน ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการเป็นวงจรต่อเนื่องสองรอบระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงธันวาคม 2567

พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

พื้นที่การศึกษา คือเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ครอบคลุมพื้นที่ 6 หมู่บ้าน จำนวน 931 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด 3,149 คน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและคณะทำงานวิจัยชุมชน จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มตัวแทนครัวเรือนจำนวน 274 ครัวเรือน กำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางของ Krejcie and Morgan[11] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นประชาชนที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดการขยะในพื้นที่สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สถานการณ์และการจัดการขยะระดับครัวเรือน แบ่งเป็น 4 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป (6 ข้อ) พฤติกรรมการจัดการขยะ (15 ข้อ) ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ และปัญหาและข้อเสนอแนะ แบบสังเกตสถานการณ์และการจัดการขยะมูลฝอยระดับชุมชน มี 6 ข้อ ครอบคลุมสภาพการจัดเก็บขยะ การทิ้งขยะ และความร่วมมือของประชาชน แบบบันทึกการเก็บรวบรวมขยะมูลฝอยของครัวเรือน และแนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับสร้างรูปแบบการจัดการขยะ

เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการจัดการขยะใช้เกณฑ์ของ Best[12] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เหมาะสม (2.34-3.00) พอใช้ (1.67-2.33) และควรปรับปรุง (1.00-1.66) ส่วนการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 5 ระดับตั้งแต่น้อยที่สุด (1.00-1.50) ถึงมากที่สุด (4.51-5.00)[12]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence) ซึ่งมีค่าระหว่าง .67-1.00 การทดลองใช้เครื่องมือกับประชากรในเขตพื้นที่ตำบลท่าเมือง อำเภอดอนมดแดง จำนวน 30 คน และตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการตามวงจร PAR 4 ขั้นตอน โดยขั้นที่ 1 การสำรวจและทำความเข้าใจสถานการณ์ เริ่มต้นด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนและสร้างคณะทำงานวิจัยชุมชน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ขั้นที่ 2 การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบรูปแบบการจัดการขยะและจัดอบรมให้ความรู้แก่ชุมชน ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามแผน ดำเนินกิจกรรม 5 กิจกรรมหลัก คือ การกำหนดนโยบาย การสร้างจิตสำนึก การสร้างการมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพัฒนาระบบจัดการขยะ และขั้นที่ 4 การสะท้อนผลและเรียนรู้ จัดประชุมประเมินผลและถอดบทเรียนร่วมกัน

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเริ่มจากการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดงและประสานงานกับผู้นำชุมชน การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามใช้วิธีสัมภาษณ์ใช้เวลาครัวเรือนละ 30-45 นาที การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 45-60 นาที และการสนทนากลุ่มใช้เวลา 1.5-2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสาร ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามแนวทางของ Erlingsson และ Brysiewicz[13] โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นที่เกี่ยวข้องและสร้างองค์ความรู้ร่วมกันในกระบวนการ PAR

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยยึดหลักการเคารพสิทธิ ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงรายละเอียดและลงนามในแบบแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ มีการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด และการดำเนินงานไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2566-195.1 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ศึกษาข้อมูลจากตัวแทนครัวเรือน 274 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการขยะ 15 คน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย

สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยระดับครัวเรือนและชุมชน

พื้นที่ศึกษาครอบคลุม 6 หมู่บ้าน จำนวน 931 หลังคาเรือน ประชากร 3,149 คน โดยมีลักษณะการตั้งบ้านเรือนแบบกระจายตัวไม่หนาแน่น ส่วนใหญ่ยังมีพื้นที่ว่างสำหรับเลี้ยงสัตว์และปลูกผักสวนครัว

สถานการณ์การจัดการขยะในปัจจุบันพบว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ยังไม่มีการคัดแยกขยะตามประเภท มีการคัดแยกเฉพาะขยะที่ขายได้ องค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีจุดรวบรวมขยะหรือพนักงานเก็บขยะโดยเฉพาะ ประชาชนจัดการขยะด้วยตนเองโดยการฝัง เผา หรือทิ้งในหลุมขยะสาธารณะ

ปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ ข้อกำหนดหรือข้อบังคับไม่ชัดเจน ไม่มีสถานที่ทิ้งขยะที่ได้มาตรฐาน ระบบการจัดการขยะยังไม่มีประสิทธิภาพ และความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการขยะยังไม่เหมาะสม ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสำคัญแต่ยังไม่มีการกำหนดเป็นนโยบายเฉพาะด้าน จากการติดตามข้อมูลขยะใน 60 ครัวเรือนเป็นเวลา 5 วัน พบว่าขยะที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือขยะทั่วไป 489.10 กิโลกรัม (*SD* =6.65) รองลงมาคือขยะอินทรีย์ 213.70 กิโลกรัม (*SD* =5.18)ปริมาณขยะเฉลี่ย 137.95 (*SD* =11.32) กิโลกรัมต่อวัน คิดเป็น 0.68 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน (*SD* =0.14)

พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.70 อายุเฉลี่ย 47.85 ปี (*SD* =9.24)ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,733 บาท (*SD* =5977) และมีสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 5 คน (*SD* =1.24)

การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.92, *SD* = 0.14) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 4.05, *SD* = 0.13) ขณะที่ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (*M* = 3.79, *SD* = 0.40)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 2.33, *SD* = 0.36)

โดยด้านการกำจัดขยะมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 2.50, *SD* = 0.35) ตามด้วยด้านการลดการเกิดขยะมูลฝอย (*M* = 2.38, *SD* = 0.37) ส่วนด้านการนำกลับมาใช้ใหม่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (*M* = 2.13, *SD* = 0.42) และด้านการคัดแยกขยะมูลฝอย (*M* = 2.33, *SD* = 0.38)

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินงานตามกระบวนการ PAR ผ่าน 4 ขั้นตอน ได้พัฒนารูปแบบ "6P PLUS ชุมชนเหล่าแดงร่วมใจ" ซึ่งเป็นแนวทางแบบองค์รวมที่บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. Policy (นโยบาย) การกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมระดับตำบล จัดประชาคมหมู่บ้านเพื่อรับฟังปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2. Participation (การมีส่วนร่วม) การเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม โดยการอบรมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เยาวชน และแกนนำครอบครัว จัดเวทีประชาคม ดูงานชุมชนต้นแบบ และปลูกฝังเด็กเยาวชนผ่านกิจกรรม "ขยะแลกไข่"

3. Promotion (การส่งเสริม/รณรงค์) การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้และแรงจูงใจผ่านสื่อหอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ กิจกรรม "หน่วยงานตัวอย่างปลอดขยะ" และ "ครัวเรือนต้นแบบ"

4. Profit (คุณค่า/ประโยชน์จากขยะ) การแปรเปลี่ยนขยะให้เกิดมูลค่า โดยการจัดตั้งธนาคารขยะชุมชน ส่งเสริมรีไซเคิลเป็นสินค้ามีมูลค่า การทำปุ๋ยหมักจากขยะอินทรีย์ และใช้รายได้สนับสนุนโครงการอนามัยแม่และเด็ก

5. Protection (อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม) การดูแลและลดผลกระทบจากขยะอันตราย โดยการกำหนดจุดรับขยะอันตรายที่สถานที่ราชการ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องผลกระทบจากขยะ และรณรงค์เลิกใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว

6. Partnership (ความร่วมมือ/บูรณาการ) การร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ โดยการกำหนดนโยบายร่วมกัน จัดหาถังขยะ รถขนขยะ สถานที่ทิ้งขยะ และประสานงานกับบริษัทรีไซเคิลเอกชน

การดำเนินการตามรูปแบบ 6P PLUS ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ ครัวเรือนมีการคัดแยกขยะต้นทางอย่างชัดเจน ประชาชนมีความเข้าใจมากขึ้นจากการอบรมและกิจกรรมต่าง ๆ มีการมีส่วนร่วมของเยาวชนผ่านโรงเรียนและศูนย์เด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการนำรณรงค์ มีระบบธนาคารขยะชุมชนที่สร้างรายได้และสนับสนุนสวัสดิการ รวมทั้งมีจุดรับขยะอันตรายที่ชัดเจนและมีระบบรับซื้อของเก่าที่เป็นระบบ

รูปแบบ 6P PLUS แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม ที่เน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และประชาชน เพื่อให้เกิดการจัดการขยะที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนชนบท

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดงให้ข้อค้นพบที่สำคัญหลายประการซึ่งสะท้อนสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนชนบทในประเทศไทย การมีส่วนร่วมของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.92, *SD* =0.14) โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติ (*M* = 4.05, *SD* =0.13) เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ การคัดแยกเบื้องต้น และการเก็บขยะในพื้นที่ตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมของประชาชนในการลงมือปฏิบัติเมื่อมีการชี้แนะทิศทางที่ชัดเจน อย่างไรก็

ตาม การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจกลับอยู่ในระดับต่ำกว่า (*M* = 3.79, *SD* =0.40) ซึ่งข้อเท็จจริงนี้ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในชุมชนยังไม่ใช่แบบเต็มวงจรตามที่ภิศักดิ์ กัลยาณมิตร และ วชิรวัชร งามละม่อม[9] เสนอไว้ว่า การจัดการขยะอย่างยั่งยืนต้องมีการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นการกำหนดนโยบาย การดำเนินงาน ไปจนถึงการติดตามและประเมินผล ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนภนต์สันต์ ร่อนทองชัย[14] ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับ "การให้ข้อมูลข่าวสาร" มากกว่า "การสร้างความร่วมมือ" ในการตัดสินใจ ซึ่งสะท้อนถึงจุดอ่อนในการเชื่อมโยงประชาชนกับโครงสร้างการวางแผนและการมีบทบาทต่อการออกแบบรูปแบบการจัดการขยะในพื้นที่

พฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 2.33, *SD* =0.36) โดยเฉพาะด้านการคัดแยกและการนำกลับมาใช้ใหม่ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (*M* = 2.13-2.33, *SD* =0.42-0.38) แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความตระหนักและพร้อมที่จะลงมือทำในบางส่วน แต่ขาดระบบส่งเสริม เช่น แหล่งรับซื้อขยะ ระบบรางวัล หรือจุดรับขยะที่ชัดเจน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของกัญญ์ณณัฏฐ์ วชิรหัตถพงศ์[5] ที่พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกประเภทขยะมูลฝอยในระดับมาก แต่มีจิตสำนึกเกี่ยวกับการจัดการขยะในระดับปานกลาง และยังขาดการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความรู้ที่มี รวมทั้งงานของอัญญา ปลดเปลื้อง และคณะ[15] ที่ระบุว่าพฤติกรรมการคัดแยกขยะจะเกิดขึ้นอย่างยั่งยืนเมื่อมีทั้งแรงจูงใจ ความรู้ และระบบรองรับที่เอื้อต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยยังเผยให้เห็นว่าระบบการจัดการขยะในพื้นที่ยังขาดความเป็นเอกภาพ โดยครัวเรือนส่วนใหญ่ยังไม่มีการคัดแยกขยะตามประเภท มีการคัดแยกเฉพาะขยะที่ขายได้ และองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีจุดรวบรวมขยะหรือพนักงานเก็บขยะโดยเฉพาะ ทำให้ประชาชนต้องจัดการขยะด้วยตนเองผ่านการฝังเผา หรือทิ้งในหลุมขยะสาธารณะ

จากข้อมูลการติดตามขยะใน 60 ครัวเรือน พบว่าขยะทั่วไปมีปริมาณมากที่สุด (*M* = 81.52, *SD* =6.65) รองลงมาคือขยะอินทรีย์ (*M* = 36.62 *SD* =5.18) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 0.68 กก./คน/วัน (*SD* =0.14) ซึ่งสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยของชนบทในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ขยะอินทรีย์จำนวนมากกลับไม่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ เช่น ทำปุ๋ยหมัก หรือเป็นพลังงานชีวภาพ ประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของพระครูใบฎีกาสมชาย ฐานวโร และคณะ[16] ที่ชี้ว่า การหมักปุ๋ยจากขยะอินทรีย์ควรเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการขยะในแนวทาง Zero Waste โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีพื้นที่เพียงพอและวัตถุดิบที่เหมาะสม นอกจากนี้ การวิจัยของ Zhiyong et al.[3] ที่ศึกษาลักษณะการจัดการขยะในพื้นที่ชนบทของประเทศกำลังพัฒนาพบว่าการบูรณาการในการจัดการขยะและการแยกประเภทขยะจะทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้ประโยชน์จากขยะอินทรีย์ที่เป็นองค์ประกอบหลักในพื้นที่ชนบท

รูปแบบ 6P PLUS ชุมชนเหล่าแดงร่วมใจ เป็นนวัตกรรมเชิงพื้นที่ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงและตอบสนองปัญหาเชิงระบบด้านการจัดการขยะในพื้นที่อย่างครอบคลุม โดยรูปแบบนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ Policy (นโยบาย), Participation (การมีส่วนร่วม), Promotion (การส่งเสริม), Profit (ผลประโยชน์), Protection (การป้องกัน), และ Partnership (ความร่วมมือ) ซึ่งมีการเชื่อมโยงระหว่างกันอย่างเป็นระบบ รูปแบบนี้แสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย พฤติกรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยมีองค์ประกอบเชื่อมโยงอย่างสมดุล และสอดคล้องกับแนวคิด PAR ซึ่งเน้นให้ชุมชนมีบทบาทในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตั้งแต่การตั้งคำถาม ปฏิบัติ ทดลอง ประเมินผล และปรับใช้ตามบริบทจริง จุดเด่นขององค์ประกอบด้านนโยบายคือการจัดตั้งคณะทำงานร่วมระดับตำบล

เพื่อวางแผน บริหาร และติดตามกิจกรรมด้านขยะอย่างมีทิศทาง โดยใช้เวทีประชาคมให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของยุวัลดา ชูรักษ์[17] ที่ชี้ว่าความสำเร็จของการจัดการขยะในชุมชนขึ้นกับการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับครัวเรือนจนถึงการกำหนดนโยบายร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์ประกอบด้านการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจจากขยะ (Profit) แสดงให้เห็นถึงนวัตกรรมที่เชื่อมโยงขยะเข้ากับรายได้ เช่น การตั้งธนาคารขยะที่มีระบบรายได้แบบมีวัตถุประสงค์ทางสังคม (เช่น ซื้อนมกล่องให้แม่และเด็ก) รวมถึงการผลิตภาชนะปลูกต้นไม้จากยางเก่า แสดงให้เห็นว่า "ขยะกลายเป็นทรัพยากร" สอดคล้องกับแนวคิด Circular Economy ที่เน้นการสร้างมูลค่าเพิ่มจากของเสีย นอกจากนี้ องค์ประกอบด้านความร่วมมือระหว่างองค์กร (Partnership) เป็นจุดแข็งสำคัญของรูปแบบนี้ โดยมีภาคีเครือข่ายครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน ร้านค้า อาสาสมัครสาธารณสุขเยาวชน และกลุ่มรับซื้อของเก่า ซึ่งสอดคล้องกับงานของกนลา กอบวิทยา[18] ที่พบว่า ความสำเร็จของการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและชุมชน รูปแบบ 6P PLUS ไม่ละเลยประเด็นขยะอันตราย โดยมีการจัดจุดทิ้งขยะอันตราย เช่น ถ่านไฟฉาย หลอดไฟ และพลาสติกเคมี พร้อมรณรงค์ลดการใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว สอดคล้องกับศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม[19] ที่เน้นการแยกขยะตั้งแต่ต้นทางและการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน

การเปรียบเทียบรูปแบบ 6P PLUS กับรูปแบบอื่นที่ได้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นถึงจุดเด่นที่โดดเด่น รูปแบบ PIN Model ของพระวสุพล วชิรปิโย[7] เน้นการมีส่วนร่วม (Participation) การใช้ต้นแบบ (Idols) และการสร้างเครือข่าย (Network) ในขณะที่รูปแบบ 6P PLUS มีความครอบคลุมมากกว่าโดยรวมองค์ประกอบด้านนโยบาย การส่งเสริม การสร้างผลประโยชน์ และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน รูปแบบ 7 องค์ประกอบของอัญญา ปลดเปลื้อง และคณะ[15] ที่เน้นปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมีความคล้ายคลึงในด้านการสร้างผลกำไรและการเสริมความรู้ แต่รูปแบบ 6P PLUS มีการบูรณาการด้านนโยบายและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานได้ชัดเจนกว่า สำหรับรูปแบบ 12 กิจกรรมของเศรษฐวุฒิ เกียรติวิชากูล[20] เน้นการดำเนินกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ในขณะที่รูปแบบ 6P PLUS เน้นการสร้างระบบที่ครอบคลุมและยั่งยืนมากกว่า รูปแบบ 6P PLUS จึงเป็นแนวทางที่แสดงถึงการบูรณาการอย่างแท้จริงระหว่างนโยบายระดับท้องถิ่นกับการเปลี่ยนพฤติกรรมระดับปัจเจก โดยมีการสร้างแรงจูงใจจากผลประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ การปลูกฝังจิตสำนึกตั้งแต่ระดับอนุบาล ตลอดจนการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอผ่านช่องทางออนไลน์ ทำให้เกิด "ความเป็นเจ้าของ" ในการแก้ไขปัญหาขยะของชุมชน

แม้ว่าการวิจัยนี้จะให้ข้อมูลที่มีค่าเกี่ยวกับการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณาในการตีความผลการวิจัย พื้นที่ศึกษาจำกัดเฉพาะตำบลเหล่าแดง ระยะเวลาการติดตามผลยังไม่ยาวพอที่จะประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ และการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมยังไม่ครอบคลุม อย่างไรก็ตาม รูปแบบ 6P PLUS มีศักยภาพในการขยายผลไปยังชุมชนชนบทอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยสามารถปรับประยุกต์องค์ประกอบต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระดับชุมชนได้อย่างแพร่หลาย

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบรรจุรูปแบบ 6P PLUS เข้าในแผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี โดยจัดสรรงบประมาณเฉพาะด้านการจัดการขยะมูลฝอยไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของ

งบประมาณรายจ่ายประจำปี การตั้งคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมระดับตำบลที่มีตัวแทนจากทุกหมู่บ้าน และการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องการจัดการขยะมูลฝอย กำหนดมาตรการลงโทษและรางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ

ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ การขยายผลรูปแบบ 6P PLUS ไปยังชุมชนชนบทอื่นควรปรับองค์ประกอบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเริ่มจากการจัดตั้งธนาคารขยะชุมชน การสร้างครัวเรือนต้นแบบ 3-5 ครัวเรือนต่อหมู่บ้าน การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากขยะรีไซเคิลที่สร้างรายได้ เช่น กระถางต้นไม้จากยางเก่า ปุ๋ยหมักจากขยะอินทรีย์ และการเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ 11, 12, และ 13 เพื่อให้มีมาตรฐานสากล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจของรูปแบบ 6P PLUS ในระยะยาว 3-5 ปี การเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับรูปแบบการจัดการขยะแบบดั้งเดิม การพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละองค์ประกอบ การศึกษาการประยุกต์ใช้ในชุมชนเมืองและพื้นที่ความหนาแน่นประชากรสูง และการศึกษาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมโดยใช้การประเมินวงจรชีวิต (Life Cycle Assessment) เพื่อพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 13 (ชลบุรี). บรรจุภัณฑ์ กับปัญหาสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี: สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 13; 2562 [อ้างเมื่อ 28 มิถุนายน 2568]. สืบค้นได้จาก: https://epo13.pcd.go.th/th/news/detail/50965
2. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2566.
3. Zhiyong H, et al. Characteristics and management modes of domestic waste in rural areas of developing countries: A case study of China. Environmental Science and Pollution Research. 2019;26(9):8485-8501. doi: 10.1007/s11356-019-04220-0
4. ศูนย์วิจัยและจัดการคุณภาพอากาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ผลกระทบของขยะมูลฝอยต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม. เชียงใหม่: ศูนย์วิจัยและจัดการคุณภาพอากาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
5. กัญญ์ณณัฏฐ์ วชิรหัตถพงศ์. การมีส่วนร่วมจัดการขยะมูลฝอยของคนในชุมชนเขตชุมชนเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
6. นฤนาท ยืนยง, พิชชานาธ เงินดีเจริญ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลสำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2565;12(2):279-297.
7. พระวสุพล วชิรปิโย. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนยายชา อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2564.
8. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2564.
9. ภิศักดิ์ กัลยาณมิตร, วชิรวัชร งามละม่อม. แนวทางการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารวิชาการแพรวากาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2561;5(1):12-26.
10. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-610.
12. Best JW. Research in science education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล(พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย

13. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. African Journal of Emergency Medicine. 2017;7(3):93-99. doi: 10.1016/j.afjem.2017.08.001
14. นภนต์สันต์ ร่อนทองชัย. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองประจวบคีรีขันธ์ [การค้นคว้าอิสระระดับมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
15. อัญญา ปลดเปลื้อง, ศิรเมศร์ โภโค, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. รูปแบบการจัดการขยะตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง: การศึกษาแบบเรื่องเล่า. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2563;8(9):161-179.
16. พระครูใบฎีกาสมชาย ฐานวโร, ไพรัตน์ ฉิมหาด, เดโช แขน้ำแก้ว. แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน. วารสารวิชาการสังคมมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 2564:80-96.
17. ยุวัลดา ชูรักษ์. ความสำเร็จของการจัดการขยะในชุมชน. วารสารพัฒนาชุมชน. 2560;15(2):45-60.
18. กนลา กอบวิทยา. ผลของการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2562;5(2):233-248.
19. ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง โครงการวิจัยแนวทางในการจัดการขยะและของเสียอันตรายในอุทยานแห่งชาติโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR). กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม; 2561.
20. เศรษฐวุฒิ เกียรติวิชากูล. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2564:114-120.

..

การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

Developing a model for empowerment in families of psychiatric patients to promote medication adherence through community participation.

(Received: June 14,2025 ; Revised: June 18,2025 ; Accepted: June 21,2025)

วราลักษณ์ ปัดถาปาโท[1] พวงเพชร จันทร์บุตร[2] คณรัตน์ เดโฟเซซ์[3] รัชนี เจริญเพ็ง[4]
Waraluck Patthapato[1] Puangpetch Chanbut[2] Kanarat Defossez[3] Ratchanee Charoenpeng[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช 2) พัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ และ 4) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ปรับปรุงรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวช 12 คน ครอบครัวผู้ป่วย 10 ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข 5 คน และผู้นำชุมชน/อสม. 5 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2568 เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบประเมินการรับประทานยา แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครอบครัว และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 22.67 เป็น 31.33 ($p<0.001$) ครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.50 เป็น 4.30 คะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 16.80 เป็น 21.90 และคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นจาก 14.70 เป็น 20.60 ($p<0.001$) ชุมชนมีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 25.80 เป็น 40.20 ($p<0.001$) ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.55, SD±0.57)

คำสำคัญ การเสริมพลังในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวช การรับประทานยาต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research and development aimed to 1) study the situation and factors associated with medication adherence in psychiatric patients, 2) develop a model of empowerment for families of psychiatric patients to promote medication adherence with community participation, 3) evaluate the appropriateness and feasibility of the model, and 4) study the results of using the model. The research was conducted in 4 steps: 1) study the situation and needs, 2) develop the model, 3) trial use, and 4) improve the model. The samples included 12 psychiatric patients, 10 families of the patients, 5 public health personnel, and 5 community leaders/VHVs. The research was conducted from March 2024 to May 2025. The research instruments included a medication adherence assessment form, a family knowledge, attitude and skills assessment form, and a community participation assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The research results found that after using the model, Patients' medication adherence score increased from 22.67 to 31.33 ($p<0.001$). Families' knowledge score increased from 2.50 to 4.30, attitude score increased from 16.80 to 21.90, and skills score increased from 14.70 to 20.60 ($p<0.001$). Community participation score increased from 25.80 to 40.20 ($p<0.001$). Participants were most satisfied with the model ($\bar{x}$=4.55, SD±0.57).

Keywords: Family Empowerment, Psychiatric Patients, Medication Adherence, Community Participation

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น
[2] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
[3] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
[4] คลินิกฝังเข็ม กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

ความเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ความผิดปกติทางจิตเวชพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขรายงานความชุกของโรคจิตเวชในปี พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 1.5 ของประชากรไทย[2] การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ คือการใช้ยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค[3]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากมีปัญหาการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา โดยพบอัตราการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 50[4] การศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ[5]พบว่า อัตราการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวชไทยสูงถึงร้อยละ 50-60 โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การลืมรับประทานยา การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและความจำเป็นในการรักษา รวมถึงการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ภาวะโรคกำเริบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น[6] ดังนั้น การเสริมพลังให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนจากชุมชน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเสริมพลัง (Empowerment) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง[7] การศึกษาของวัชรี ทองคำ และคณะ[8] พบว่า การใช้โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลของญาติ ลดความเครียดและภาระของผู้ดูแล รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาที่สม่ำเสมอมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอย่างยั่งยืน การศึกษาของฉวีวรรณ สุวรรณชาติ และคณะ[9] พบว่า การดำเนินโครงการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีขึ้น และมีแนวโน้มของการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ลดลง กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การให้ความรู้การลดการตีตรา และการระดมทรัพยากรในชุมชน สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมการรักษาอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชได้[10]

ในประเทศไทยการดูแลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ยังพบช่องว่างในการเข้าถึงบริการและการรับรู้ของสังคม โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั่วประเทศ 1,873,959 ราย และยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้[11] และจากรายงานของโรงพยาบาลหนองสองห้อง พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอหนองสองห้องจำนวน 623 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ขาดยาและก่อเหตุรุนแรงจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.28 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในอำเภอ[12] เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การทำร้ายร่างกายบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การก่อกวนความสงบเรียบร้อยในชุมชน และการทำลายทรัพย์สิน จากการสอบสวนพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยามักเกิดจากการขาดความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการสุขภาพจิต การไม่มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐานะและการคมนาคมในพื้นที่ชนบทที่เป็นอุปสรรคต่อการรับยาอย่างสม่ำเสมอ[12]

การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่คำนึงถึงบริบทของสังคมไทย โดยผสมผสานแนวคิดการเสริมพลังทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นในการนำไปใช้จริง

4เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการพัฒนา

1.ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงประเมินความต้องการและศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา

2.ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยจิตเวช 10 คน ญาติผู้ดูแล 10 คน บุคลากรสุขภาพ 5 คน และผู้นำชุมชน/อสม. 5 คน รวม 30 คน

3.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช (MARS) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

1.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยนำผลจากขั้นตอนที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ

2.ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการเสริมพลัง

3.ออกแบบกิจกรรมและกำหนดบทบาทของครอบครัวและชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมพลัง ร่วมกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model

4.ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น

1.ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

2.กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช 12 คน ครอบครัวผู้ป่วย 10 ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข 5 คน และผู้นำชุมชน/อสม. 5 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช อายุ 18-60 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน มีประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก

3.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช (MARS) ค่าความเชื่อมั่น = 0.85

แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ค่าความเชื่อมั่น = 0.80

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ค่าความเชื่อมั่น = 0.88

แบบบันทึกการกินยาของผู้ป่วยจิตเวช (ปฏิทินกินยา)

1.เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 3 เดือน และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

2.วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลังการทดลองด้วย Paired t-test

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

1.ประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

2.จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสะท้อนผลการใช้รูปแบบและระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุง

3.ปรับปรุงและจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์พร้อมคู่มือการนำไปใช้

ผลการศึกษา

สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช

การศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช 10 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 60) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.5 ปี (SD±4.2) มีประวัติการขาดยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 90) และมีการกลับเป็นซ้ำ 1 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการรับประทานยา (ร้อยละ 80) ผลข้างเคียงของยาที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 73.33) การขาดความรู้และทักษะของครอบครัวในการดูแล (ร้อยละ 83.33) การตีตราและการเลือกปฏิบัติในชุมชน (ร้อยละ 86.67) และการขาดระบบติดตามเยี่ยมบ้านและสนับสนุนในชุมชน (ร้อยละ 80)

ปัจจัยสนับสนุนการรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา (ร้อยละ 73.33) การสนับสนุนและให้กำลังใจจากครอบครัว (ร้อยละ 83.33) การช่วยเตือนและกำกับการรับประทานยา (ร้อยละ 73.33) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ (ร้อยละ 80) และการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ที่เหมาะสม (ร้อยละ 73.33)

รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้พัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้พัฒนารูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะของครอบครัว 1.1 อบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วย 1.2 ฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ 1.3 อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเทคนิคการช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยา

องค์ประกอบที่ 2 การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการรับรู้ของครอบครัว 2.1 กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช 2.2 อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อโรคจิตเวช 2.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและการรับรู้ศักยภาพของครอบครัว

องค์ประกอบที่ 3 การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3.1 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 3.2 การกำหนดเป้าหมายการดูแล

ผู้ป่วยร่วมกัน 3.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวางแผนการรักษา

องค์ประกอบที่ 4 การสร้างเครือข่ายในชุมชน 4.1 คืนข้อมูลและให้ความรู้แก่ชุมชน 4.2 ประสานความร่วมมือกับแกนนำและหน่วยงานในชุมชน 4.3 สร้างกลุ่มอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน 4.4 ระดมทุนและทรัพยากรในชุมชน

ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.44, SD±0.56) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านแนวคิดและหลักการ ($\bar{x}$=4.56, SD±0.51) รองลงมาคือ ด้านวัตถุประสงค์ ($\bar{x}$=4.53, SD±0.52) และด้านองค์ประกอบและกิจกรรม ($\bar{x}$=4.47, SD±0.57) ตามลำดับ

ผลการทดลองใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.33) อายุเฉลี่ย 42.3 ปี (SD±10.8) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.33) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 66.67) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.8 ปี (SD±4.5) และมีประวัติการขาดยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 100) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) อายุเฉลี่ย 48.7 ปี (SD±13.2) มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 40) และดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 7.2 ปี (SD±3.8)

1) การรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่อง (MARS) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 22.67 (SD±5.28) เป็น 31.33 (SD±4.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.76, p<0.001) โดยมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับประทานยาจากระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) เป็นระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) และร้อยละของการรับประทานยาตามบันทึกปฏิทินกินยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.75 (SD±15.32) เป็นร้อยละ 91.67 (SD±8.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-9.35, p<0.001) ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่อง (MARS)
ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=12)

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	22.67	5.28	-8.76	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	31.33	4.96		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 ร้อยละของการรับประทานยาตามบันทึกปฏิทินกินยา
ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=12)

ระยะเวลา	ร้อยละของการรับประทานยา	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
เดือนก่อนการใช้รูปแบบ	68.75	15.32	-9.35	<0.001*
เดือนที่ 3 หลังการใช้รูปแบบ	91.67	8.76		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครอบครัวก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ครอบครัวมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.50 (SD±1.08) เป็น 4.30 (SD±0.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-7.94, p<0.001) คะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 16.80 (SD±3.46) เป็น 21.90 (SD±2.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-6.78, p<0.001) และคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นจาก 14.70 (SD±3.37) เป็น

20.60 (SD±2.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-7.12, p<0.001) ดังตารางที่ 3-5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของครอบครัว
ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=10)

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	2.5	1.08	-7.94	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	4.3	0.67		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว
ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=10)

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	16.8	3.46	-6.78	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	21.9	2.23		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว
ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=10)

ระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	14.7	3.37	-7.12	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	20.6	2.76		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ชุมชนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นจาก 25.80 (SD±6.14) เป็น 40.20 (SD±5.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.45, p<0.001) โดยมีการเปลี่ยนแปลงระดับการมีส่วนร่วมจากระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นระดับมากเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ลักษณะการมีส่วนร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ การเยี่ยมบ้านและติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 100) การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน (ร้อยละ 80) และการให้ความรู้และลดการตีตราในชุมชน (ร้อยละ 70)

3.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมพลัง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมพลังโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.55, SD±0.57) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านประโยชน์และการนำไปใช้ ($\bar{x}$=4.62, SD±0.56) รองลงมาคือ ด้านเนื้อหาและกิจกรรม ($\bar{x}$=4.54, SD=0.56) และด้านวิธีการดำเนินกิจกรรม ($\bar{x}$=4.49, SD±0.58) ตามลำดับ

ผลการปรับปรุงรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จากข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้ปรับปรุงรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย

ปรับระยะเวลาในการจัดกิจกรรมให้ยืดหยุ่นตามบริบทของชุมชน

เพิ่มการใช้สื่อวีดิทัศน์และภาพประกอบเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

เพิ่มการเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ

พัฒนาศักยภาพของอสม.และแกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

บูรณาการรูปแบบเข้ากับงานประจำของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับครอบครัวและชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อภิปรายผลได้ดังนี้

รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังของ Gibson[13] ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ผ่านการเสริมพลังทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบที่ 1 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dixon et al.[16] ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งช่วยลดอัตราการกำเริบซ้ำ ลดความเครียดของผู้ดูแล และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rummel-Kluge & Kissling[15] ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวสามารถลดอัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 7-12 เดือน และที่ 2 ปี

องค์ประกอบที่ 2 การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการรับรู้ของครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังของ Soukup[16] ที่เน้นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และการเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา และการศึกษาของ Suchsing et al.[17] ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการรับรู้ของครอบครัวช่วยลดความเครียดและภาระในการดูแล และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 3 การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Sungur et al.[18] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวางแผนการรักษาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของชุติมา อรรคลีพันธุ์ และคณะ[19] ที่พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการรับประทานยา ช่วยเพิ่มอัตราการรับประทานยาต่อเนื่องและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

องค์ประกอบที่ 4 การสร้างเครือข่ายในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff[20] ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล และการศึกษาของศศิธร เดชะ และคณะ[21] ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยเพิ่มอัตราการกินยาสม่ำเสมอ ลดอาการกำเริบ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลของการใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

1) การเพิ่มขึ้นของการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา อรรคลีพันธุ์ และคณะ[19] ที่พบว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านช่วยเพิ่มอัตราการรับประทานยาต่อเนื่องและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ Maneesakorn et al.[22] ที่พบว่า การบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการใช้ยาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช

2) การเพิ่มขึ้นของความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรี ทองคำ และคณะ[8] ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชสามารถเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลของญาติ ลดความเครียดและภาระของผู้ดูแล และการศึกษาของจินตนา พุทธเมตะ และคณะ[23] ที่พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การเพิ่มขึ้นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaplan, Salzer, & Brusilovskiy[24] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของความหวัง คุณภาพชีวิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช และการศึกษาของฉวีวรรณ สุวรรณชาติ และคณะ[9] ที่พบว่า การดำเนินโครงการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีขึ้น และมีแนวโน้มของการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรนำรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรในพื้นที่ และบูรณาการเข้ากับงานประจำและระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิม

ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบของรูปแบบ โดยเฉพาะทักษะการให้ความรู้ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสร้างเครือข่ายในชุมชน

ควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทและง่ายต่อการใช้งาน เช่น ปฏิทินกินยา แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ หรือการติดตามทางโทรศัพท์ และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอโดยเครือข่ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของการใช้รูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวในการดำเนินงานในระยะยาว

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมพลังในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ประเภทของโรคจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ควรมีการศึกษาพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช เช่น แอปพลิเคชันเตือนการรับประทานยา ระบบติดตามทางไกล หรือโปรแกรมให้ความรู้และคำปรึกษาออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health ATLAS 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 March 15]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703
2. Department of Mental Health. Mental Health Statistics Annual Report 2019. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand; 2019.
3. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. J Clin Nurs 2007; 16(7): 1302-1312.

4. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Ther Adv Psychopharmacol 2013; 3(4): 200-218.
5. รุ่งนภา จันทรา, ดาราวรรณ รองเมือง, พิมพิไล ลิ้มสุขนิรันดร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(3): 273-286.
6. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res 2010; 176(2-3): 109-113.
7. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. Am J Community Psychol 1987; 15(2): 121-148.
8. วัชรี ทองคำ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, จินตนา พุทธเมตะ. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2562; 27(3): 176-187.
9. ฉวีวรรณ สุวรรณชาติ, พิมพ์รำไพ บัวขาว, บรรณากิจ โลจนาภิวัฒน์. ผลของโครงการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลทหารบก 2559; 17(2): 51-60.
10. Agrest M, Mascayano F, Ardila-Gómez S, Alapé-Girón A, Noel R, Lopez M, et al. Implementing a mental health care program and community-based training in a resource-limited context: A qualitative analysis of the Bolivian experience. Int J Ment Health Syst 2019; 13(1): 1-13.
11. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
12. โรงพยาบาลหนองสองห้อง. รายงานการดำเนินงานจิตเวชโรงพยาบาลหนองสองห้อง ประจำปี 2564. ขอนแก่น: โรงพยาบาลหนองสองห้อง; 2564.
13. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991; 16(3): 354-361.
14. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv 2001; 52(7): 903-910.
15. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. Expert Rev Neurother 2008; 8(7): 1067-1077.
16. Soukup SR. The center for nursing advocacy. Nurs Outlook 2000; 48(1): 40-42.
17. Suchsing R, Tepsuriyanon S, Viriyachaiyo P. The development of family empowerment program for schizophrenia patients. J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(4): 315-328.
18. Sungur MZ, Güner P, Üstün B, Çetin I, Soygür H. Optimal treatment for schizophrenia: a service user perspective and the need for an integrated approach. Psychiatr Q 2011; 82(4): 299-310.
19. ชุติมา อรรคลีพันธุ์, สมนึก สกุลหงส์โสภณ, วีรยา จึงสมเจตไพศาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(2): 57-71.
20. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. World Dev 1980; 8(3): 213-235.
21. ศศิธร เดชะ, วีณา เที่ยงธรรม, วรรณา คงสุริยะนาวิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(2): 244-253.
22. Maneesakorn S, Robson D, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. J Clin Nurs 2007; 16(7): 1302-1312.
23. จินตนา พุทธเมตะ, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2559; 30(1): 26-41.
24. Kaplan K, Salzer MS, Brusilovskiy E. Community participation as a predictor of recovery-oriented outcomes among emerging and mature adults with mental illnesses. Psychiatr Rehabil J 2012; 35(3): 219-229.

ผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Effect of post-anesthetic care in patients undergoing colonoscopy for colon cancer screening at Kuchinarai Crown Prince Hospital, 2025

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 22,2025 ; Accepted: June 24,2025)

วิทวัส เทพารส[1]
Wittawat Theparos[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา ผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีวัตถุประสงค์ศึกษาผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ และผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดย มีระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2568 จำนวน 87 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการดำเนินงาน ความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อการเปรียบเทียบความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ การส่องกล้อง (Colonoscopy)

Abstract

The study of the outcome of care after anesthesia in patients who underwent colonoscopy screening at Kuchinarai Crown Prince Hospital aimed to study the outcome of care after anesthesia in patients who underwent colonoscopy screening at Kuchinarai Crown Prince Hospital and the outcome of care after anesthesia in patients who underwent colonoscopy screening at Kuchinarai Crown Prince Hospital. This was an action research study with a research period from February to April 2025, a total of 3 months. The sample consisted of 87 patients who underwent colonoscopy screening at Kuchinarai Crown Prince Hospital between April and June 2025. Data were collected from questionnaires and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t – test.

The results of the study found that after the operation, the understanding of receiving anesthesia of patients who came to screen for colon cancer by colonoscopy at Kuchinarai Crown Prince Hospital, both overall and in each aspect, was at the highest level. When comparing the understanding of receiving anesthesia of patients who came to screen for colon cancer by colonoscopy at Kuchinarai Crown Prince Hospital before and after the operation, it was found that there was a statistically significant difference at the 0.05 level. The

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

understanding of receiving anesthesia of patients who came to screen for colon cancer by colonoscopy at Kuchinarai Crown Prince Hospital after the operation was better than before the operation.

Keywords: Care for patients after receiving anesthesia, patients who came to screen for colon cancer, colonoscopy

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นหนึ่งในมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก โดยในปี 2020 มีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 1.9 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 935,000 คน อัตราการเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[1] ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์แปรรูป ขาดการออกกำลังกาย และภาวะอ้วน สำหรับประเทศไทย ข้อมูลล่าสุดในปี 2025 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบบ่ออันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับ 4 ในเพศหญิง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 20,000 รายต่อปี และเสียชีวิตปีละประมาณ 10,000 ราย โรคนี้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในแง่คุณภาพชีวิตที่ลดลง การสูญเสียรายได้จากการทำงาน ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม[2]

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มโอกาสการรักษาให้หายขาด โดยวิธีคัดกรองที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การตรวจอุจจาระหาเลือดแฝง การตรวจ DNA ในอุจจาระ และการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) ในประเทศไทย การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ถือเป็นมาตรฐานสูงสุด เนื่องจากสามารถตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและตัดติ่งเนื้อหรือเนื้องอกออกได้ทันที ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจจะต้องเตรียมตัวล่วงหน้า โดยงดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และรับประทานยาระบายเพื่อทำความสะอาดลำไส้ก่อนตรวจ เพื่อให้แพทย์สามารถมองเห็นผนังลำไส้ได้ชัดเจนและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน[2,3,4]

การใช้ยาระงับความรู้สึก (sedation) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลหรือกลัวความเจ็บปวด (Holme Ø, Bretthauer M.,2016) ยาระงับความรู้สึกที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยากล่อมประสาท เช่น midazolam, propofol หรือ fentanyl ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ง่วงซึม และลดความรู้สึกไม่สบายตลอดกระบวนการตรวจ ในบางกรณีอาจใช้ยาชาเฉพาะที่ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความสบายให้แก่ผู้ป่วย โดยการเลือกใช้ยาจะขึ้นกับสภาพร่างกายและข้อบ่งชี้ทางคลินิกของแต่ละราย กระบวนการคัดกรองโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องใช้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ลดการเคลื่อนไหวขณะตรวจ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การบาดเจ็บของผนังลำไส้หรือเลือดออก การเลือกใช้ยาระงับความรู้สึกจะพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือผู้ที่เคยมีประสบการณ์ไม่ดีจากการตรวจครั้งก่อน โดยมีทีมแพทย์และพยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการ เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย[2,5]

สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT TEST ของ จ.กาฬสินธุ์ ปี 2566 จำนวน 31,854 คน พบผลบวก จำนวน 2,438 คน (ร้อยละ 7.65) โดยพบว่าในการดำเนินงานยังคงเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย รวมถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่สำหรับอำเภอกุฉินารายณ์ ในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ ปัญหาที่พบ ได้แก่ การ

เข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ชนบทและห่างไกลยังเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญ ประชาชนบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการคัดกรองและขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนตรวจ ส่งผลให้มีอัตราการปฏิเสธหรือขาดนัดสูง ขณะเดียวกัน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หรือภาวะกดการหายใจ ยังคงเป็นปัญหาหลักที่ทำให้บางรายลังเลหรือปฏิเสธการเข้ารับการตรวจ นอกจากนี้ ระบบการดูแลผู้ป่วยหลังส่องกล้อง ยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและต่อเนื่อง บุคลากรบางส่วนยังขาดความชำนาญในการสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การติดตามสัญญาณชีพ การประเมินการฟื้นคืนสติ และการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและความไม่พึงพอใจในบริการ

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
2. เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3. เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา ผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดย มีระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2568 จำนวน 87 คน โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง (เช่น โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง) 2) ผู้ที่ได้รับการนัดหมายและเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ในช่วงเวลาที่กำหนด 3) ผู้ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างการส่องกล้อง 4) ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะทางการแพทย์รุนแรงหรือข้อห้ามในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง

ภาวะไตวายระยะสุดท้าย หรือมีภาวะเลือดออกผิดปกติที่ควบคุมไม่ได้ 2) ผู้ที่มีประวัติแพ้ยาระงับความรู้สึกหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการใช้ยาดังกล่าว3) ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือประเมินผลตามแบบสอบถามได้ เช่น มีภาวะสมองเสื่อม มีปัญหาด้านการสื่อสาร หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 4) ผู้ที่ได้รับการตรวจส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยโรคอื่นที่ไม่ใช่การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมการ และสรุปผลของการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบประเมินความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 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 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .895

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการตามแนวคิดหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยเชื่อมโยงกลุ่มเป้าหมายและบริบทของหน่วยงาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning)

1.1 ศึกษาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกจากข้อมูลเวชระเบียน ผลการประเมินคุณภาพบริการและสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.2 รวบรวมองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

1.3 กำหนดกิจกรรมและแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

2. ขั้นดำเนินการ (Action)

2.1 ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การดูแลและติดตามอาการหลังได้รับยาระงับความรู้สึก การสังเกตอาการผิดปกติ และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการตรวจ

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด

2.3 บันทึกปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากทีมผู้ปฏิบัติงาน

3. ขั้นสังเกตและติดตามผล (Observation)

3.1 สังเกตและประเมินผลการดำเนินกิจกรรมทั้งในด้านการฟื้นตัวของผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความเข้าใจและความพึงพอใจของผู้ป่วย

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากแบบประเมินและเวชระเบียน

3.3 ประชุมทีมวิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนข้อค้นพบระหว่างดำเนินงาน

4. ขั้นสะท้อนผลและปรับปรุง (Reflection)

4.1 สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคที่พบ

4.2 ร่วมกันทบทวน ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมและเป็นมาตรฐาน

4.3 เผยแพร่ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะสู่การพัฒนางานบริการในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจแกนนำชุมชนในการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การเตรียมผู้ป่วยทั่วไปก่อนการตรวจ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และภาวะแทรกซ้อนของการทำ Colonoscopy

3. ผลการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การเตรียมตัวก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่	3.35	0.53	4.49	0.49	88	-17.508	.000	-1.26713	-1.00873
ขั้นตอนในวันส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่	3.35	0.53	4.54	0.57	88	-16.380	.000	-1.33146	-1.04325
การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	3.35	0.53	4.51	0.49	88	-17.955	.000	-1.28562	-1.02932
รวม	3.35	0.53	4.51	0.48	88	-18.070	.000	-1.28863	-1.03321

จากตารางที่ 1 ความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สมใจ จารุตันติ์[6] ได้ศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ซึ่งพบว่า ความเข้าใจในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นจึงได้จัดทำการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การเตรียมผู้ป่วยทั่วไปก่อนการตรวจ ขั้นตอนการปฏิบัติงานและภาวะแทรกซ้อนของการทำ Colonoscopy ซึ่งประยุกต์มาจากคู่มือกระบวนการการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังส่องกล้องลาไส้ใหญ่(Colonoscopy) ในผู้ป่วยนัดนอนโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ของพิกุล วิชาพานิช[7] ส่งผลให้ความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจในการรับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ หลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ธวัชวัฒนานันท์[8] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความ

วิตกกังวล คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ และระยะเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) กลุ่มทดลองมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่โดยตนเองและโดยแพทย์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001, p<.01 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรส่งเสริมการใช้การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ในผู้รับบริการเพื่อความเข้าใจในการบริการที่มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการใช้การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักข่าว Hfocus. (2568). หมอรพ.จุฬาภรณ์ เตือนดื่ม เหล้าเบียร์ สูบบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า อีกปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่. https://www.hfocus.org/content/2025/04/33703
2. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.(2565). ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่. https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347
3. Bevan R, Rutter MD.(2018). Colorectal Cancer Screening-Who, How, and When? Clin Endosc. 2018 Jan;51(1):37-49. doi: 10.5946/ce.2017.141. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29397655; PMCID: PMC5806924.
4. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้. https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/colorectal
5. Sidhu R, Turnbull D, Haboubi H, et alBritish Society of Gastroenterology guidelines on sedation in gastrointestinal endoscopyGut 2024;73:1-27.
6. สมใจ จารุตันติ์.(2567). ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยส่องกล้อง Colonoscopy. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(5). 908-16
7. พิกุล วิชาพานิช. (2565) คู่มือกระบวนการการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังส่องกล้องลาไส้ใหญ่(Colonoscopy) ในผู้ป่วยนัดนอนโรงพยาบาล. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.
8. สุดา ธวัชวัฒนานันท์.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความวิตกกังวล คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ และระยะเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2(2). 37-48

การประเมินความคุ้มค่าของการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวาน : การศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษ

Economic Evaluation of Training Pak-Wan Community Checkpoint Leaders : A Study in Sisaket Province.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 22,2025 ; Accepted: June 24,2025)

ชญานิน กฤติยะโชติ[1] กุสุมา มีศิลป์[2] อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์[3] สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์[3] และ จุฑามาศ แก้วจันดี[3]

Chayanin Grittiyachote[1] Supaporn Thassanapong[2] Anuphan Suwanphan[3] Kusuma Meesin[3] and Chuthamat Kaewchande[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวานในจังหวัดศรีสะเกษ และวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองโดยเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการในพื้นที่ 22 อำเภอ 206 ตำบล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแกนนำที่รับการฝึกอบรม 1,190 คน และผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนโครงการ 3,773 คน หลังโครงการ 6,683 คน งบประมาณโครงการรวม 498,700 บาท การศึกษาใช้ societal perspective กับ time horizon 1 ปี และ discount rate 3% ตามมาตรฐาน Thai HTA

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่เพิ่มขึ้นจาก 38.80% เป็น 44.83% (ผลต่าง 6.03%, 95% CI: 4.2-7.9, p<0.001) และผู้ซ้อนท้ายเพิ่มขึ้นจาก 23.84% เป็น 31.17% (ผลต่าง 7.33%, 95% CI: 5.1-9.6, p<0.001) ต้นทุนเฉลี่ยต่อการเพิ่มขึ้น 1% ของอัตราการสวมหมวกนิรภัยเท่ากับ 37,328 บาท (95% CI: 32,500-42,100) และต้นทุนต่อผู้สวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น 1 คน เท่ากับ 1,235 บาท (95% CI: 1,100-1,370) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างจำนวนแกนนำกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (r=0.58, p<0.05) การศึกษาสรุปว่า การลงทุนในการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวานมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่ำกว่า threshold 160,000 บาท/QALY และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่ภาคอีสาน สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืนและแผนพัฒนาภาคอีสานด้านสาธารณสุข

คำสำคัญ: ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์, ด่านชุมชนปากหวาน, หมวกนิรภัย, ความปลอดภัยทางถนน, เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to evaluate the economic value of training pak-wan community checkpoint leaders in Sisaket Province and analyze the unit cost of changing helmet-wearing behavior. A quasi-experimental design was employed with societal perspective, 1-year time horizon, and 3% discount rate following Thai HTA standards, comparing data before and after project implementation across 22 districts and 206 sub-districts. The sample included 1,190 trained community leaders and motorcycle users (3,773 pre-intervention, 6,683 post-intervention). The total project budget was 498,700 baht.

Results showed that helmet-wearing rates among riders increased from 38.80% to 44.83% (difference 6.03%, 95% CI: 4.2-7.9, p<0.001) and passengers from 23.84% to 31.17% (difference 7.33%, 95% CI: 5.1-9.6, p<0.001). The average cost per 1% increase in helmet-wearing rate was 37,328 baht (95% CI: 32,500-42,100), and cost per additional helmet user was 1,235 baht (95% CI: 1,100-1,370). A positive correlation existed between the number of trained leaders and behavior change (r=0.58, p<0.05). The study concludes that investing in pak-wan community checkpoint leader training is economically worthwhile below the 160,000 baht/QALY threshold and represents an effective strategy for promoting road safety in

[1] นักวิจัยอิสระ

[2] คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ Correspondence author: supaploy1@gmail.com

[3] คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

northeastern Thailand, supporting sustainable community health development and the northeastern regional health development plan.

Keywords: Economic evaluation, Pak-wan community checkpoint, Helmet wearing, Road safety, Health economics

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคอีสานที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ[1] จังหวัดศรีสะเกษมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 32.2 ต่อแสนประชากรในปี 2565 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่ 22.4 ต่อแสนประชากร[2] สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนามาตรการป้องกันอุบัติเหตุที่มีประสิทธิผลในพื้นที่ชนบทและชายแดน

การสวมหมวกนิรภัยเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ถึง 69% และลดความเสี่ยงการเสียชีวิตได้ 42%[3] อย่างไรก็ตาม อัตราการสวมหมวกนิรภัยในจังหวัดศรีสะเกษยังอยู่ในระดับต่ำ โดยจากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ผู้ขับขี่สวมหมวกนิรภัยเพียง 38.80% และผู้ซ้อนท้าย 23.84%[4] ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติที่กำหนดไว้ที่ 80%

“ด่านชุมชนปากหวาน” เป็นนวัตกรรมทางสังคมที่ใช้แนวคิดการเตือนเชิงบวก (Positive Reinforcement) และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย แทนการบังคับใช้กฎหมายแบบดั้งเดิม กลไกนี้เน้นการให้กำลังใจ การชมเชย และการสร้างความตรึงใจผ่านการสื่อสารที่เป็นมิตร จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าสามารถเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัยได้ถึง 90-95% ในพื้นที่ที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง[5]

สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดศรีสะเกษได้ดำเนินโครงการ “ฟื้นฟูศักยภาพแกนนำด่านชุมชนปากหวานในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน” ในปีงบประมาณ 2567 ด้วยงบประมาณ 498,700 บาท จากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนดังกล่าว ซึ่งมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวานในจังหวัดศรีสะเกษ

2. วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างงบประมาณการฝึกอบรมกับผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบเปรียบเทียบก่อนและหลังการแทรกแซง (Before-after comparison) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน 2567 ถึงมกราคม 2568

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาครอบคลุม 22 อำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ โดยเก็บข้อมูลจาก 206 ตำบลที่มีการจัดตั้งด่านชุมชนปากหวาน ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทและชายแดนที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์และสังคมเศรษฐกิจที่เป็นตัวแทนของภาคอีสาน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรการเปรียบเทียบสัดส่วน 2 กลุ่ม สำหรับ paired data กำหนดให้อัตราการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นจาก 40% เป็น 50% (effect size = 10%) α = 0.05, power = 80% ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 388 คนต่อกลุ่ม การศึกษานี้เก็บข้อมูลได้เกินเกณฑ์ขั้นต่ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มแกนนำด่านชุมชนปากหวาน (n= 1,190) ประกอบด้วย

1.1) แกนนำระดับตำบลจาก 206 อปท. (อปท.ละ 5 คน) รวม 1,030 คน

1.2) แกนนำระดับอำเภอจาก 22 อำเภอ (อำเภอละ 5 คน) รวม 110 คน

1.3) แกนนำระดับจังหวัด 50 คน

2) ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์

2.1) ก่อนดำเนินโครงการ: ผู้ขับขี่ 2,479 คน และผู้ซ้อนท้าย 1,294 คน

2.2) หลังดำเนินโครงการ: ผู้ขับขี่ 4,668 คน และผู้ซ้อนท้าย 2,015 คน

เกณฑ์การรวม/แยกออก

เกณฑ์การรวม:

1) ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์อายุ 18 ปีขึ้นไป

2) ใช้เส้นทางผ่านจุดตั้งด่านชุมชนปากหวาน

3) ยินยอมเข้าร่วมการสำรวจ

เกณฑ์การแยกออก:

1) ผู้ที่สวมหมวกนิรภัยไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน

2) ข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือไม่สามารถติดตามได้

3) ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ประเภทอื่นที่ไม่ใช่การใช้งานทั่วไป

การวิเคราะห์ต้นทุน

พารามิเตอร์การศึกษา:

1) มุมมองการศึกษา: Societal perspective

2) Time horizon: 1 ปี (พ.ศ. 2567)

3) Discount rate: 3% ตามแนวทาง Thai Health Technology Assessment

4) หน่วยเงิน: บาท (ปี 2567)

5) อัตราแลกเปลี่ยน: 1 USD = 36 บาท

6) Cost-effectiveness threshold: 160,000 บาท/QALY (ตามเกณฑ์ สปสช.)

องค์ประกอบต้นทุน:

1) **ต้นทุนทางตรง** ค่าใช้จ่ายการฝึกอบรม วิทยากร สถานที่ อาหาร เอกสาร

2) **ต้นทุนทางอ้อม** เวลาที่แกนนำสูญเสียจากการทำงาน ค่าเดินทาง

3) **ต้นทุนการดำเนินงาน** การติดตาม ประเมินผล การประชุมสรุป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) **ข้อมูลต้นทุน** เก็บจากเอกสารงบประมาณโครงการ ใบเสร็จ และการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบ

2) ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัย เก็บรวบรวมโดย

-ก่อนการดำเนินโครงการ: เดือนพฤษภาคม 2567

-หลังการดำเนินโครงการ: เดือนมกราคม 2568

-ใช้วิธีการสังเกตโดยผู้วิจัยและแกนนำที่ผ่านการฝึกอบรม

3) ข้อมูลเสริม การใช้ระบบดิจิทัลและแอปพลิเคชั่นในการติดตามผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนโครงการ (มีความเที่ยงตรง IOC = 0.82)

2) แบบสังเกตการสวมหมวกนิรภัย (ทดสอบ inter-rater reliability = 0.89)

3) แบบสัมภาษณ์แกนนำเกี่ยวกับการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1) **สถิติเชิงพรรณนา** ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) **สถิติเชิงอนุมาน**

-McNemar test สำหรับเปรียบเทียบสัดส่วนก่อน-หลังในกลุ่มเดียวกัน

-Pearson correlation สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

-95% Confidence interval สำหรับ cost-effectiveness ratios

3) การวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์

-Cost-effectiveness analysis (CEA)

-Incremental cost-effectiveness ratio (ICER)

-Sensitivity analysis แบบ deterministic และ probabilistic

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบไม่แทรกแซง (Non-interventional observational study) ที่มีความเสี่ยงต่ำต่อผู้เข้าร่วม โดยใช้ข้อมูลจากการดำเนินโครงการของหน่วยงานราชการและการสังเกตพฤติกรรมในพื้นที่สาธารณะ การดำเนินการวิจัยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางจริยธรรมการวิจัยของ Declaration of Helsinki และหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแห่งชาติ โดยได้รับอนุญาตจากสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดศรีสะเกษ ในฐานะหน่วยงานเจ้าของข้อมูลและผู้ดำเนินโครงการ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การจัดสรรงบประมาณโครงการฟื้นฟูศักยภาพแกนนำด่านชุมชนปากหวาน มีงบประมาณรวม 498,700 บาท ส่วนใหญ่ของงบประมาณ (ร้อยละ 85.68) ถูกใช้ในการฝึกอบรมแกนนำทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอ ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักของโครงการ

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการฝึกอบรม พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยในการฝึกอบรมแกนนำ 1 คน คือ 359.07 บาท (คำนวณจากงบประมาณฝึกอบรมรวม 427,300 บาท หารด้วยจำนวนแกนนำ 1,190 คน)

ผลการเปรียบเทียบอัตราการสวมหมวกนิรภัย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

กลุ่ม	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	ผลต่าง	95% CI	χ^2	df	p-value
ผู้ขับขี่							
จำนวนสังเกต	2,479	4,668	-	-	-	-	-
สวมหมวกนิรภัย (คน)	962	2,093	1,131	-	-	-	-
อัตรา (%)	38.8	44.83	6.03	4.2-7.9	15.84	1	<0.001*
ผู้ซ้อนท้าย							
จำนวนสังเกต	1,294	2,015	-	-	-	-	-
สวมหมวกนิรภัย (คน)	308	628	320	-	-	-	-
อัตรา (%)	23.84	31.17	7.33	5.1-9.6	22.76	1	<0.001*
รวมทั้งสิ้น							
จำนวนสังเกต	3,773	6,683	-	-	-	-	-
สวมหมวกนิรภัย (คน)	1,270	2,721	1,451	-	-	-	-
อัตรา (%)	33.67	40.71	7.04	5.8-8.3	28.91	1	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ (McNemar test สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนใน paired data)

การเปรียบเทียบผลลัพธ์รายอำเภอ

ตารางที่ 2 อำเภอที่มีการเปลี่ยนแปลงอัตราการสวมหมวกนิรภัยสูงสุด 5 อันดับแรก)

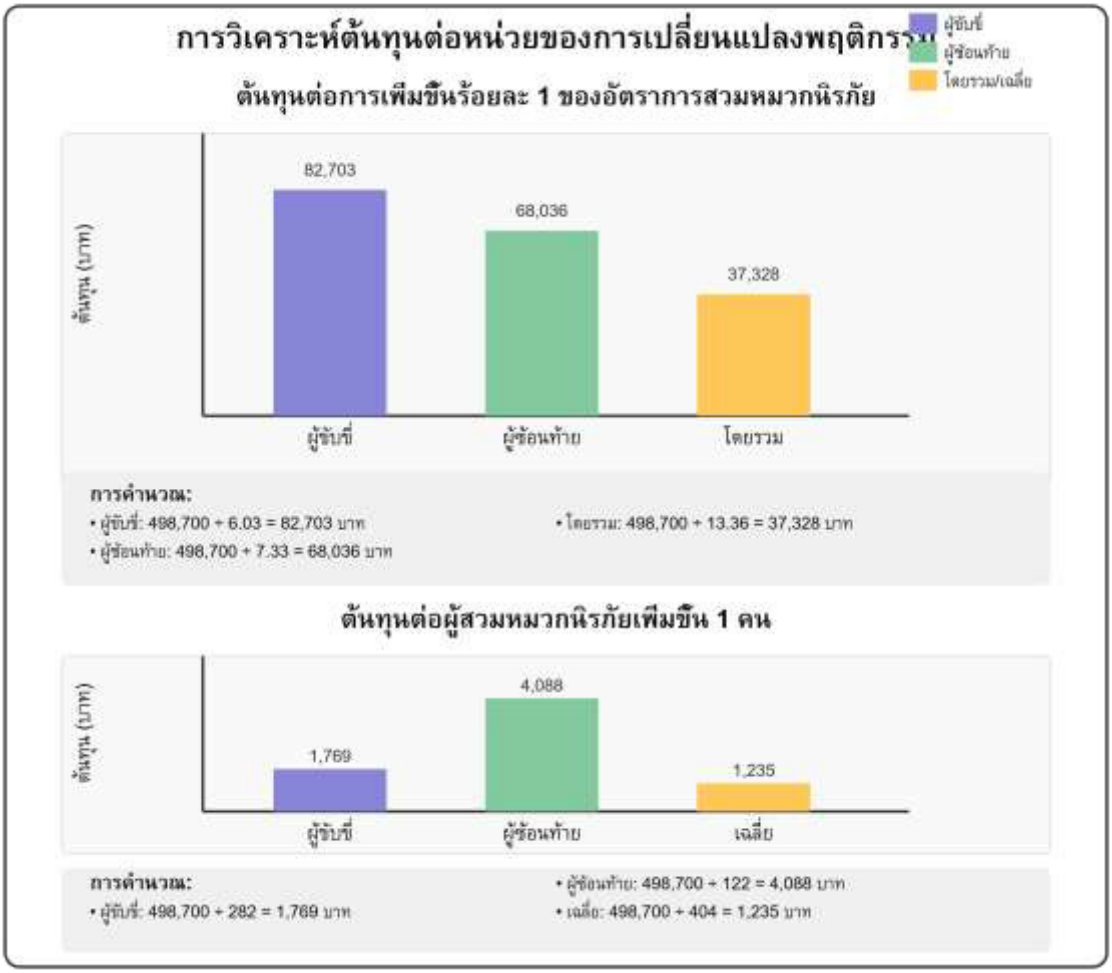
อำเภอ	ก่อนโครงการ (%)	หลังโครงการ (%)	การเปลี่ยนแปลง (%)	จำนวนแกนนำ	ต้นทุนต่อ 1%
เมืองจันทร์	18.18	51.72	33.54	25	575
ขุขันธ์	21.55	51.42	29.87	45	1,523
กันทรารมย์	25.66	51.02	25.36	40	1,624
ขุนหาญ	26.67	44.07	17.4	35	2,230
โนนคูณ	44.23	59.15	14.92	30	2,014

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลหลัก

ตัวชี้วัด	ค่า	95% CI
ต้นทุนต่อการเพิ่มขึ้น 1% ของอัตราการสวมหมวกนิรภัย (บาท/%)		
ผู้ขับขี่	82,703	72,400-95,200
ผู้ซ้อนท้าย	68,036	59,800-78,500
โดยรวม	37,328	32,500-42,100
ต้นทุนต่อผู้สวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น 1 คน (บาท/คน)		
ผู้ขับขี่	441	395-490
ผู้ซ้อนท้าย	1,559	1,380-1,750
เฉลี่ย	1,235	1,100-1,370
ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio)		
ต่อการเพิ่มขึ้น 1% โดยรวม (บาท/%)	37,328	32,500-42,100
ต่อผู้ใช้หมวกนิรภัยเพิ่ม 1 คน (บาท/คน)	1,235	1,100-1,370
Net Monetary Benefit (NMB)		
ที่ threshold 50,000 บาท/คน	236,500	-
ที่ threshold 100,000 บาท/คน	486,500	-
ที่ threshold 160,000 บาท/คน (Thai HTA)	846,500	-

หมายเหตุ: NMB คำนวณจาก (ผลลัพธ์ × threshold) - ต้นทุน โดยที่ผลลัพธ์ = จำนวนผู้สวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น



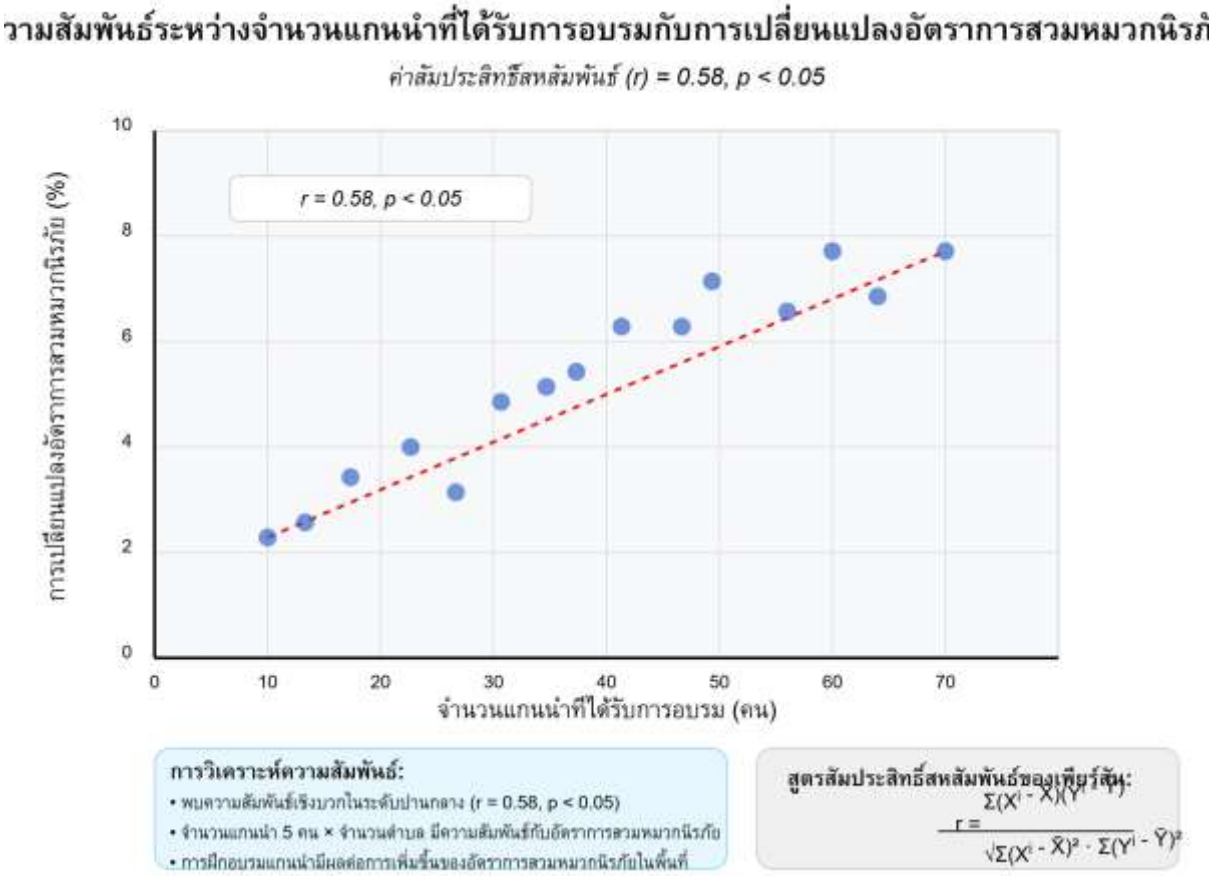
ภาพที่ 1 การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลตามกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

พบความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางระหว่างจำนวนแกนนำที่ได้รับการอบรมในแต่ละอำเภอกับการเปลี่ยนแปลงอัตราการสวมหมวกนิรภัย ($r = 0.58$, $p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มจำนวนแกนนำมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการสวมหมวกนิรภัยในพื้นที่

สมการความสัมพันธ์: $Y = 2.34X + 8.91$ ($R^2 = 0.34$) โดย Y = อัตราการเพิ่มขึ้นของการสวมหมวกนิรภัย (%) X = จำนวนแกนนำต่อ 1,000 ประชากร

การแปลผล: ค่า $R^2 = 0.34$ หมายความว่า จำนวนแกนนำสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงอัตราการสวมหมวกนิรภัยได้ 34% ส่วนที่เหลือ 66% เป็นผลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การสนับสนุนจากผู้นำท้องถิ่น ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และความหนาแน่นของการจราจร



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแกนนำที่ได้รับการอบรมกับการเปลี่ยนแปลงอัตราการสวมหมวกนิรภัย

การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis) การวิเคราะห์ความไวแบบความน่าจะเป็น (Probabilistic Sensitivity Analysis) โดยใช้ Monte Carlo Simulation จำนวน 10,000 รอบ พบว่า มีความน่าจะเป็น 85% ที่ ICER จะอยู่ในช่วง 25,000-55,000 บาทต่อการเพิ่มขึ้น 1% และมีความน่าจะเป็น 95% ที่การแทรกแซงนี้จะมีความคุ้มค่าต่ำกว่า threshold 160,000 บาท/QALY

การประมาณผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์

การประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข: จากการเพิ่มขึ้นของผู้สวมหมวกนิรภัย 1,451 คน โดยใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ 85,000 บาทต่อราย[6] และความน่าจะเป็นการหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ 1.5% ต่อปี

การคำนวณ โดย

1) ผู้ที่อาจหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ = 1,451 × 0.015 = 22 ราย

2) การประหยัดค่าใช้จ่าย = 22 × 85,000 = 1,870,000 บาท

3) Return on Investment (ROI) = (1,870,000 - 498,700) / 498,700 × 100% = 275%

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ครั้งแรกของการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวานในประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การลงทุนในการฝึกอบรมแกนนำมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยในพื้นที่ชนบทและชายแดนของภาคอีสาน

ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เปรียบเทียบกับมาตรการอื่น

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อผู้สวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น 1 คน เท่ากับ 1,235 บาท ซึ่งมีความคุ้มค่ามากกว่าการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนที่มีต้นทุน 2,500-3,500 บาทต่อคน[7] และการบังคับใช้กฎหมายที่มีต้นทุน 4,200 บาทต่อคน[8] เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการประเมินความคุ้มค่าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนด threshold ไว้ที่ 160,000 บาทต่อ Quality-Adjusted Life Year (QALY) พบว่า การแทรกแซงนี้มีความคุ้มค่าสูงมาก (Net Monetary Benefit = 846,500 บาท)

นวัตกรรมทางสังคมและ Community Engagement

“ด่านชุมชนปากหวาน” สะท้อนถึงความสำเร็จของการประยุกต์ใช้แนวคิด Community-Based Intervention ในบริบทไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคอีสานที่มีวัฒนธรรมการให้เกียรติและเคารพผู้อาวุโส การใช้แกนนำชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้เกิดการยอมรับและการปฏิบัติตามที่ยั่งยืนมากกว่าการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social Cognitive Theory ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและการเลียนแบบ[9]

ความแตกต่างของประสิทธิผลระหว่างพื้นที่

ผลการศึกษาแสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในประสิทธิผลระหว่างอำเภอ โดยอำเภอเมืองจันทร์มีต้นทุน-ประสิทธิผลดีที่สุดที่ 575 บาทต่อการเพิ่มขึ้น 1% ในขณะที่อำเภอที่มีประสิทธิผลต่ำสุดมีต้นทุนสูงถึง 68,450 บาทต่อการเพิ่มขึ้น 1% ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่

1)ภาวะผู้นำของแกนนำ อำเภอที่ประสบความสำเร็จมีแกนนำที่มีความสามารถในการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจได้ดี

2)การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พื้นที่ที่มีการสนับสนุนจากผู้บริหารท้องถิ่นมีผลลัพธ์ที่ดีกว่า

3)ลักษณะทางภูมิศาสตร์ พื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่นและเป็นเส้นทางหลักมีโอกาสในการสร้างผลกระทบมากกว่า

การเชื่อมโยงกับเทคโนโลยีดิจิทัล

การศึกษานี้พบว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและประเมินผล โดยเฉพาะแอปพลิเคชันสำหรับบันทึกข้อมูลและระบบรายงานออนไลน์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและลดต้นทุนการบริหารจัดการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Digital Health ที่เป็นส่วนสำคัญของ Thailand 4.0[10]

ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจ

การเพิ่มขึ้นของอัตราการสวมหมวกนิรภัยมีผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสาธารณสุขในหลายมิติ ได้แก่ การลดภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล การลดการสูญเสียผลิตภาพของแรงงาน และการลดความทุกข์ของครอบครัว นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นผ่านการลดการสูญเสียรายได้จากการบาดเจ็บและเสียชีวิต

การประยุกต์ใช้กับบริบทพื้นที่อื่น

แม้ว่าการศึกษานี้ดำเนินการในจังหวัดศรีสะเกษ แต่แนวทางการดำเนินงานสามารถปรับประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เช่น การใช้ภาษาถิ่น การเชื่อมโยงกับประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญหลายประการ ดังนี้

1) การออกแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ before-after comparison ที่ไม่มี control group ทำให้ไม่สามารถควบคุม confounding factors ได้อย่างสมบูรณ์ อาจมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การ

รณรงค์จากหน่วยงานอื่น การเปลี่ยนแปลงของกฎหมาย หรือเหตุการณ์อุบัติเหตุที่รุนแรงในพื้นที่

2) ระยะเวลาการติดตาม การติดตามผลเพียง 8 เดือนอาจไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาระยะยาวจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อประเมินผลกระทบในระยะยาว

3) การวัดผลลัพธ์ การศึกษานี้วัดเพียงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ยังไม่ได้วัดผลกระทบต่อการลดลงของอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจริง ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่สำคัญ

4) External validity ผลการศึกษาอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจแตกต่าง การขยายผลจำเป็นต้องมีการปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

5) การประเมินต้นทุน การศึกษานี้อาจประเมินต้นทุนทางอ้อมไม่ครบถ้วน เช่น เวลาที่อาสาสมัครและชุมชนใช้ในการดำเนินงาน ค่าเสียโอกาสจากการไม่ได้ทำกิจกรรมอื่น

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวานในจังหวัดศรีสะเกษ สรุปได้ดังนี้

ผลลัพธ์หลัก

1) ประสิทธิผลของการแทรกแซง การฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวานด้วยงบประมาณ 498,700 บาท สามารถเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จาก 38.80% เป็น 44.83% ($p<0.001$) และผู้ซ้อนท้ายจาก 23.84% เป็น 31.17% ($p<0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการแทรกแซงอย่างมีนัยสำคัญ

2) ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ต้นทุนเฉลี่ยต่อการเพิ่มขึ้น 1% ของอัตราการสวมหมวกนิรภัยเท่ากับ 37,328 บาท (95% CI: 32,500-42,100) และต้นทุนต่อผู้สวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น 1 คน เท่ากับ 1,235 บาท (95% CI: 1,100-1,370) ซึ่งมีความคุ้มค่ามากกว่ามาตรการอื่นๆ

3) ความแตกต่างระหว่างพื้นที่ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในประสิทธิผลระหว่างอำเภอ โดยอำเภอเมืองจันทร์ ขุขันธ์ และกันทรารมย์ มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ชี้ให้เห็นความสำคัญของปัจจัยท้องถิ่นในการขับเคลื่อนโครงการ

4) ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ พบความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ($r=0.58$, $p<0.05$) ระหว่างจำนวนแกนนำที่ได้รับการอบรมกับการเปลี่ยนแปลงอัตราการสวมหมวกนิรภัย ยืนยันความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพแกนนำ

5) ผลตอบแทนการลงทุน การประมาณการพบว่า โครงการสามารถสร้าง ROI ได้ถึง 275% จากการประหยัดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การขยายผลระดับภาคและประเทศ รัฐบาลควรสนับสนุนการขยายผลโมเดลด่านชุมชนปากหวานไปยังพื้นที่อื่นๆ ในภาคอีสานและทั่วประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและชายแดนที่มีปัญหาอุบัติเหตุทางถนนสูง การจัดสรรงบประมาณจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาแกนนำชุมชนเป็นลำดับต้นๆ

2) การบูรณาการนโยบายระดับชาติ ควรบูรณาการแนวคิดด่านชุมชนปากหวานเข้ากับแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติ พ.ศ. 2566-2570 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

3) การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลระดับชาติสำหรับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด่านชุมชนปากหวาน รวมถึงการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับแกนนำในการบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน

4) การจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดสรรงบประมาณควรพิจารณาจากศักยภาพและความพร้อมของพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่มีแกนนำที่เข้มแข็งและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การลงทุนเพิ่มเติมในการพัฒนาศักยภาพแกนนำจะให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น

-จัดตั้งด่านชุมชนปากหวานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในจุดเสี่ยงหลัก

-พัฒนาความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานศึกษา

-ใช้กลยุทธ์การให้กำลังใจและการชมเชยแทนการบังคับใช้กฎหมาย

-จัดทำระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. สำหรับสถาบันการศึกษา

-บูรณาการแนวคิดด่านชุมชนปากหวานเข้ากับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

-ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

-สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชนในการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม

3. สำหรับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

-พัฒนาแกนนำที่มีภาวะผู้นำและทักษะการสื่อสาร

-สร้างกลไกการสนับสนุนและยกย่องแกนนำที่มีผลงานดี

-ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประชาสัมพันธ์และติดตามผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาระยะยาว ควรดำเนินการศึกษาติดตามผลในระยะยาว 2-3 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบต่อการลดลงของอุบัติเหตุจริง รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโครงการ

2) การศึกษาเปรียบเทียบแบบมีกลุ่มควบคุม ควรดำเนินการศึกษาแบบ randomized controlled trial หรือ cluster randomized trial เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาและลด selection bias

3) การศึกษาเชิงคุณภาพ ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยสำเร็จและอุปสรรคของการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ รวมถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลและชุมชน

4) การศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มค่า ควรศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มค่าระหว่างด่านชุมชนปากหวานกับมาตรการอื่นๆ เช่น การบังคับใช้กฎหมาย การรณรงค์ผ่านสื่อ การใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

5) การศึกษาในบริบทอื่น ควรศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดด่านชุมชนปากหวานในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมการออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการลงทุนในการพัฒนาแกนนำชุมชนเป็นกลยุทธ์ที่มีความคุ้มค่าและประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชายแดนของภาคอีสาน ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

6. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และการสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณและข้อมูลสำคัญ สำนักงานป้องกันและ

บรรเทาสาธารณภัยจังหวัดศรีสะเกษ โดยเฉพาะนายพีระพงศ์ หมื่นผ่อง หัวหน้าสำนักงานฯ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกตลอดการดำเนินการวิจัย แกนนำด่านชุมชนปากหวานทุกท่านในพื้นที่ 22 อำเภอของจังหวัดศรีสะเกษที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยและการใช้เครื่องมือทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
2. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2565. ศรีสะเกษ: สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดศรีสะเกษ; 2565.
3. Macpherson A, Spinks A. Bicycle helmet legislation for the uptake of helmet use and prevention of head injuries. Cochrane Database Syst Rev 2023; 3: CD005401.
4. ชญานิน กฤติยะโชติ, สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, ประสิทธิ์ บุญเสนอ, ภานุวัตร พันธ์พงษ์. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านกลไกชุมชน: กรณีศึกษาด่านชุมชนปากหวาน ตำบลกุดเสลา อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารรัตนบุศย์ 2567; 6(2): 119-32.
5. Muenpong P, Chayanin G, Boonsaner P. Project Proposal for Rehabilitation of Pak-Wan Community Checkpoint Leaders in Creating Road Safety Culture, Sisaket Province. Sisaket: Sisaket Provincial Disaster Prevention and Mitigation Office; 2567.
6. เสาวนีย์ ธนาคม, สุรพล ธนาคม, วิชญ์ พูลสวัสดิ์. การประเมินต้นทุนการรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในโรงพยาบาลภาคอีสาน. วารสารเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขไทย 2566; 11(2): 45-58.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการประเมินผลโครงการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ประจำปี 2566. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566.
8. จิราพร วงศ์ชัยสุวรรณ, สมพร เทียนทอง, ปรียา สายทอง. การประเมินความคุ้มค่าของมาตรการบังคับใช้กฎหมายจราจรในการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย. วารสารนโยบายสาธารณะและการบริหาร 2566; 8(1): 67-81.
9. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. Annu Rev Psychol 2001; 52: 1-26.
10. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล. แผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. 2563-2570. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล; 2563.
11. World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
12. Neumann PJ, Sanders GD, Russell LB, Siegel JE, Ganiats TG. Cost-effectiveness in health and medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2017.
13. Elvik R. Cost-benefit analysis of road safety measures: A methodological review. Accident Analysis & Prevention 2022; 165: 106505.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566.
15. ศิรินันท์ สุนทรสิงห์, เกรียงไกร สุวรรณมาลัย, ปิติวัตร มีสุข. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ชนบท: บทเรียนจากภาคอีสาน. วารสารเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข 2566; 24(3): 234-48.
16. Nguyen H, Ivers RQ, Jan S, Martiniuk AL, Pham C. The economic burden of road traffic injuries: Evidence from a provincial general hospital in Vietnam. Inj Prev 2013; 19(2): 79-84.
17. วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์, พัชรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เชาวกีรติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินโครงการสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่ภาคอีสาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566; 25(4): 156-68.

18. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: ความท้าทายและโอกาสในยุคดิจิทัล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 8 เรื่อง การพัฒนานวัตกรรมสุขภาพดิจิทัล; 12-14 มิถุนายน 2567 ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ เซ็นทรัลพลาซา ลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2567. 156-72.
19. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 2005 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 2006. p. 1250-5.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม [อินเตอร์เน็ต]. การสำรวจพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนของประชากรไทย พ.ศ. 2566; c2567 [สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2568] แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230828091232016564l.pdf

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

Factors Influencing the Management of Nursing Quality in Operating rooms in health region 7

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 22,2025 ; Accepted: June 24,2025)

พงค์ดนัย ปั้นทอง[1] สมปรารถนา ดาผา[2]
Phongdani Panthong[1] Sompratthana Dapha[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน กับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 189 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95, 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.91 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.58, S.D.=0.29) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r= 0.236) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขององค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r= 0.306) ส่วนภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล อัตรากำลังและทรัพยากรที่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (r= 0.299, r= 0.291, r= 0.123 ตามลำดับ) และตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขององค์กร อัตรากำลังและทรัพยากรที่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล และการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ ได้ร้อยละ 15.3 (R2=0.153)

คำสำคัญ: การจัดการคุณภาพ การพยาบาลห้องผ่าตัด เขตบริการสุขภาพที่ 7

ABSTACT

This study **was** survey research by cross sectional to examine the level of nursing quality management in operating rooms, the relationships between personal and work environment factors and nursing quality management, and the key predictors of nursing quality management in Health Service Region 7. The study sample consisted of 189 professional nurses working in tertiary hospitals within Health Service Region 7. Data were collected using a validated questionnaire reviewed by five experts, yielding content validity indices of 0.95, 0.91, and 0.96, respectively. Reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficients of 0.91 and 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that: The overall level of nursing quality management in operating rooms was rated as very high ($\bar{X}$= 4.58, S.D. = 0.29). Regarding personal factors, additional training on quality management exhibited a low but significant positive correlation with nursing quality management (r = 0.236).

[1] นักศึกษาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ผู้ช่วยศาตราจารย์ สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Among work environment factors, organizational participation in management showed a moderate positive correlation (r = 0.306), whereas nursing administrators' leadership, adequacy of workforce and resources, and interprofessional collaboration demonstrated low but statistically significant positive correlations at the 0.05 level (r = 0.299, r = 0.291, r = 0.123, respectively). The key predictors of nursing quality management in operating rooms were organizational participation in management, adequacy of workforce and resources, and additional training on quality management. Together, these variables accounted for 15.3% of the variance (R^2 = 0.153, $p < 0.05$).

Keywords: Quality management, Surgical nursing, health region 7

บทนำ

ในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและสารสนเทศ องค์กรต่าง ๆ จำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในภาคสาธารณสุขที่ต้องมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ทั้งนี้ รัฐบาลไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านสาธารณสุข เพื่อพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการเป็นเลิศ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และการบริหารจัดการเป็นเลิศ ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล[1]

สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้นำแนวทางการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) มาใช้ในการประเมินและพัฒนาองค์กร โดยมีหลักการที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเรียนรู้ร่วมกัน และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หนึ่งในหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพบริการพยาบาลคือห้องผ่าตัด ซึ่งมีหน้าที่ให้การบริการผ่าตัดเพื่อวินิจฉัยและรักษา การให้บริการมีเป้าหมายในการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังนั้น การปฏิบัติงานด้านบริการผู้ป่วยผ่าตัดที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญเพื่อทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดขึ้นมาเป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการห้องผ่าตัดจนจำหน่ายออกจากห้องผ่าตัด รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้เกิดมาตรฐานการพยาบาลที่เหมาะสม สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ 1) การพยาบาลก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลขณะผ่าตัด 3) การพยาบาลหลังผ่าตัด 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การสร้างเสริมสุขภาพ 6) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ 7) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ 9) การบันทึกทางการพยาบาล[2] การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและมาตรฐานการปฏิบัติที่เข้มงวด สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (Association of Perioperative Registered Nurses, AORN) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในสามระยะหลัก ประกอบด้วย ระยะก่อนผ่าตัด (preoperative phase) ซึ่งเน้นการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเตรียมความพร้อมทางกายภาพ ระยะระหว่างผ่าตัด (intraoperative phase) ที่พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทต่างๆ ได้แก่ พยาบาลส่งเครื่องมือ

พยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด และพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และระยะหลังผ่าตัด (postoperative phase) ซึ่งมุ่งเน้นการตรวจสอบและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตามมาตรฐานเหล่านี้เป็นรากฐานสำคัญในการรับประกันคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดกระบวนการผ่าตัด[3] อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามมาตรฐานเหล่านี้มีปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาล เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์ รายได้ ตำแหน่งงาน[4-5] รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อสมรรถนะและคุณภาพการบริการพยาบาล โดยทรัพยากรบุคคลซึ่งมีชีวิตจิตใจ พร้อมทักษะความชำนาญและความสามารถที่จะเข้ามาปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนดไว้โดยมุ่งหวังที่จะให้ได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอ ได้รับความปลอดภัย มีความก้าวหน้ามั่นคงในการทำงาน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มีความสุขในชีวิตโดยรวม และเป็นประโยชน์ต่อสังคม [6,7]

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขององค์กร มาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาล ภาวะความเป็นผู้นำของผู้บริหารการพยาบาล อัตรากำลังและทรัพยากร และความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพการบริการทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยตรง การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีส่งผลให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ที่อาจเกิดขึ้น [5,8-10]

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2564-2566พบว่า มีอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดผิดพลาด การส่งชิ้นเนื้อผิดพลาด และการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด ซึ่งแม้ว่าแนวโน้มของบางอุบัติการณ์จะลดลง แต่ยังคงสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบป้องกันความผิดพลาด และการเสริมสร้างมาตรการเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย[11]ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัด และประวัติการอบรมเพิ่มเติมด้านการจัดการคุณภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ 1)การมีส่วนร่วมในการจัดการขององค์กร 2) ด้านการมีภาวะผู้นำของผู้บริหารกาพยาบาล 3) ด้านอัตรากำลังและทรัพยากรในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและเพียงพอ และ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพมีอิทธิผลต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross sectional) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 189 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. การศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือสำเร็จการศึกษาเทียบเท่าหรือสูงกว่าระดับปริญญาตรีที่
2. ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
3. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการทบทวนเอกสาร ตำรา ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่ง

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งลักษณะแบบสอบถามจะเป็นแบบเลือกตอบหลายตัวเลือก จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 สิ่งแวดล้อมในการทำงาน เป็นลักษณะคำถามปลายปิดแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale)

โดยการแปลผลคะแนนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน[12] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย การแปลผล

4.50-5.00 สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ระดับมากที่สุด

3.50-4.49 สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ระดับมาก

2.50-3.49 สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ระดับปานกลาง

1.50 -2.49 สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ระดับน้อย

1.00 – 1.49 สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นลักษณะคำถามปลายปิดแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale)

โดยการแปลผลคะแนนเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด[12] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย การแปลผล

4.50-5.00 การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับมากที่สุด

3.50-4.49 การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับมาก

2.50-3.49 การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง

1.50-2.49 การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับน้อย

1.00-1.49 การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผลการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อคำถามในส่วนที่ 1, 2 และ 3 ได้เท่ากับ 0.95, 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ในการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบเรื่องสิ่งแวดล้อมในการทำงานเท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามเรื่อง การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด เท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ผู้วิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการได้รับผลการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอความอนุเคราะห์จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการออกหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยเพื่อส่งถึงผู้บริหารโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เข้าพบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป้าหมายในการเก็บข้อมูล จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และอธิบายรายละเอียดกระบวนการตามระเบียบวิธีวิจัย

3. ในกรณีแบบสอบถาม ดำเนินการต่อเนื่องดังนี้

ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาล พร้อมทั้งมอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง โดยจ่ายแบบสอบถามให้ผู้รับผิดชอบงานประจำโรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยรวมทั้งนัดหมาย วัน เวลา ในการส่งแบบสอบถามกลับคืน เมื่อครบกำหนดภายใน 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเตรียมซองจดหมายและจ่าหน้าซองจดหมายถึงผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการส่งกลับแบบสอบถาม เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นและส่งถึงผู้วิจัยโดยตรง

4. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

4.1 นำแบบสอบถามทุกฉบับที่รวบรวมมาได้ไปตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

4.2 เมื่อตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส

4.3 ควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูลโดยทำการบันทึก 2 ครั้ง แล้วเปรียบเทียบว่าตรงกันหรือไม่ หากไม่ตรงกันดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง จากนั้นตรวจความสมบูรณ์ข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

4.4 นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson's Product moment correlation coefficient และ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาและขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขโครงการ HE672009 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 25 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.5 รองลงมาคือ 30 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 และช่วงอายุที่น้อยที่สุดคือ 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.1 ส่วนระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 97.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.2 ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 54.0

2. ข้อมูลปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานพยาบาลห้องผ่าตัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D.=0.49) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการขององค์กร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D.=0.61) อยู่ในระดับมาก ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (S.D.=0.68) อยู่ในระดับมาก ด้านอัตรากำลังและทรัพยากรที่เหมาะสมเพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (S.D.=0.60) อยู่ในระดับมาก และด้านความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (S.D.=0.56) อยู่ในระดับมาก

3. การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

พบว่า การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาพรวม มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 4.58 (S.D.=0.29) อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดตามมาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 (S.D.=0.25) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดตามมาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.83 (S.D.=0.26) อยู่ในระดับมากที่สุด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดตามมาตรฐานที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (S.D.=0.88) อยู่ในระดับมาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r= 0.236, p-value= 0.001) ส่วนปัจจัยด้านอายุ(r= -0.250, p=0.735) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา(r= -0.220, p=0.766) และปัจจัยด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด(r= -0.043, p=0.553) ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r= 0.326, p-value<0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการขององค์กร อยู่ในระดับปานกลาง (r= 0.306 p-value<0.001) ส่วนด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล(r= 0.299 p-value<0.001) ด้านอัตรากำลังและทรัพยากรที่เหมาะสมเพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล(0.291 p-value<0.001) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ(r= 0.123 p-value<0.001) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7

พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้ร้อยละ 15.3 (R2 = 0.153) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน(Beta) พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า ค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐานสูงที่สุด คือ ปัจจัยด้านอัตรากำลังและทรัพยากรที่เหมาะสมเพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล (β= 0.210) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการขององค์กร (β= 0.190) และการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ (β=0.149) รายละเอียดดังตารางที่ 3

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.236, p-value = 0.001) ทั้งนี้ การอบรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพ อาทิ ระบบการประกันคุณภาพทางการแพทย์ (Healthcare Quality Assurance: HA) และการประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล โดยช่วยเสริมสร้างองค์ความรู้และทักษะด้านการบริหารจัดการคุณภาพ ส่งผลให้พยาบาลสามารถประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงานในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความซับซ้อนและต้องการความแม่นยำสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13]

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยพบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในกระบวนการบริหารจัดการขององค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพการพยาบาล ($r = 0.306$, p-value < 0.001) ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนงาน ทั้งนี้ การบริหารแบบมีส่วนร่วมช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร เพิ่มแรงจูงใจ และกระตุ้นความรับผิดชอบต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์[14] นอกจากนี้ ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ($r = 0.299$, p-value < 0.001) ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าภาวะผู้นำในปัจจุบันยังไม่สามารถสร้างผลกระทบที่ชัดเจนต่อคุณภาพการบริการได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตาม การมีภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพสามารถกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากรได้[15] ปัจจัยด้านอัตรากำลังและทรัพยากรที่เหมาะสมพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด ($r = 0.291$, p-value < 0.001) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปริมาณบุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่อาจยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ[16] ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการจัดการคุณภาพการพยาบาล ($r = 0.123$, p-value < 0.001) ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์เฉพาะทางที่ช่วยให้สามารถตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างแม่นยำและปลอดภัยมากขึ้น[17] ดังนั้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทั้งในแง่ของการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ อัตรากำลังและทรัพยากรที่เพียงพอ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ต่างเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการขององค์กร อัตรากำลังและทรัพยากรที่เหมาะสมเพียงพอ และการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดได้ร้อยละ 15.3 ($R^2 = 0.153$) โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการบริหารจัดการองค์กรมีบทบาทสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพบริการ เนื่องจากช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน กระตุ้นแรงจูงใจ และเพิ่มความรับผิดชอบต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วย[18] นอกจากนี้ การจัดสรรอัตรากำลังและทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยและงบประมาณที่เพียงพอ ส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระงาน และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็วและปลอดภัยมากขึ้น การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพยังเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มพูนทักษะและองค์ความรู้ให้แก่พยาบาล ทำให้สามารถปรับตัวและรับมือกับปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากผู้บริหารมีส่วนช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่พยาบาล ส่งผลให้พวกเขามีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น และสามารถดำเนินการให้บริการได้อย่างเป็นระบบ[19] ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ ควบคู่ไปกับการจัดหาอัตรากำลังและทรัพยากรที่เพียงพอ ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้ผ่านการอบรมที่เหมาะสม ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับคุณภาพการพยาบาลห้อง

ผ่าตัดให้สอดคล้องกับมาตรฐานและความคาดหวังของระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 ข้อเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาล

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้บุคลากรในห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและกระบวนการทำงาน เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการคุณภาพการพยาบาล

2. โรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาล ควรประเมินความต้องการด้านอัตรากำลังและทรัพยากรในห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การทำงานมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

3. ผู้บริหารควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผ่านการอบรมและการฝึกปฏิบัติที่เน้นทักษะการจัดการคุณภาพที่ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

1.2 ข้อเสนอต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติ

1. ผู้ปฏิบัติงานควรสร้างความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

2. ผู้ปฏิบัติงานควรศึกษาและปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในแต่ละช่วงของกระบวนการผ่าตัดอย่างเคร่งครัด เช่น การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเฝ้าระวังในระหว่างผ่าตัด และการติดตามผลหลังผ่าตัด พร้อมทั้งปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมินคุณภาพ

3. บุคลากรควรแสวงหาโอกาสในการอบรมและพัฒนาตนเองในด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาล เช่น การเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพในห้องผ่าตัด หรือการศึกษาวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐานและนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการวิเคราะห์คุณภาพและเป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยดำเนินการวิจัยในเชิงลึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Cause-and-effect) ระหว่างปัจจัย เช่น การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำของผู้บริหาร และการจัดการทรัพยากร เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง เช่น โรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทหรือเขตเมืองขนาดใหญ่ และในระดับอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเปรียบเทียบและหาแนวทางพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับบริบทต่าง ๆ

3. ควรรวมปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย ระดับความเครียดของบุคลากร และเทคโนโลยีที่ใช้ในห้องผ่าตัด เพื่อสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยที่ครอบคลุมและสามารถนำไปปรับใช้ในทางปฏิบัติได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร. สมปรารถนา ดาผา คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยทั้ง 5 ท่าน และขอขอบคุณ ผู้ประสานงานและพยาบาลวิชาชีพทั้ง 4 แห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล พ.ศ. 2550 (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
3. American Operating Room Nurses. Official journal of the Association of Operating Room Nurse. Denver: Association of Operating Room Nurses; 1996.
4. จุฑาสินี สัมมานันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี [การค้นคว้าอิสระหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
5. วิไลภรณ์ พุทธรักษา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออก [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
6. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. Med Care. 2011;49(12):1047-1053. doi:10.1097/MLR.0b013e3182330b6e.
7. Lake E. Development of the practice environment scale of the nursing work index. Res Nurs Health. 2002;55:1-9.
8. กิจมงคล ทาดทา, อภิญญา จำปามูล. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2):173-86.
9. พรทิภา ซาบุตร. ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อมในการทำงานและความสามารถในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย; 2555.
10. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Chang HA, Werder H. Operating theatre nurses' perceptions of competence: A focus group study. J Adv Nurs. 2009;65(5):1019-1028.
11. งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานตัวชี้วัดงานห้องผ่าตัด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2565.
12. ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์; 2542.
13. นาคินทร์ สดไสย์ และอภิญญา จำปามูล. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและการอบรมทางการพยาบาล กับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์เขตอีสานใต้. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 37(3):497-507.
14. รจนา เล้าบัณฑิต, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;1(1):26-30.
15. นิรมล โตสติ, อารีรัตน์ คำอยู่, เขมารดี มาสิงบุญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพในภาคตะวันออก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(1):1-11.
16. Keopaseuth P, Bouphan P, Phimha S. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐเขตนครหลวงเวียงจันทน์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563;20(2):96-101.
17. นิศาชล ไร่เหนือ, ยุวนุช สัตยสมบูรณ์ และศริยามน ตีรพัฒน์. ปัจจัยด้านภาวะผู้นำตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ และบรรยากาศองค์กร ที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 25658;11(1):125-4.
18. ภัทราพรรณ อาษานาม, สมปรารถนา ดาผา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2565;25(3):133-42.
19. นิจวรรณ หนองขุ่นสาร, วิชชุดา กิตติวราฤทธิ์. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 ประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(1):1-15.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

The Effectiveness of a Health Literacy Promotion Program for Nurses in Discharge Planning for Stroke Patients at Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: May 21,2025 ; Revised: June 21,2025 ; Accepted: June 22,2025)

ขวัญอรุณ มักขุนทด[1] จุฬาภรณ์ โสตะ[2]
Khwanarun Mugkuntod[1] Chulaporn Sota[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินทักษะการเข้าถึงข้อมูลการวางแผนจำหน่าย แบบประเมินทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ แบบประเมินทักษะการจัดการตนเอง แบบประเมินทักษะการรู้เท่าทันสื่อ แบบประเมินทักษะการตัดสินใจ และแบบประเมินพฤติกรรมการวางแผนจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการวางแผนจำหน่าย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพในการวางแผนจำหน่าย การจัดการตนเองในการวางแผนจำหน่าย ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการวางแผน และทักษะการตัดสินใจในการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนทดลอง (พฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายพบว่า การให้ความรู้เรื่องโรค(Diagnosis) การความให้รู้เรื่องยา Medication การให้ความรู้เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อม(Environments & Economic) การให้ความรู้เรื่องการรักษา(Treatment) การให้ความรู้เรื่องโรคสุขภาพ(Health) การให้ความรู้เรื่องการส่งต่อ การมาตรวจตามนัด(Out patient referral) การให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม (Diet) และการประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และภาวะซึมเศร้า (Psychosocial support) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, การวางแผนการปล่อยตัวผู้ป่วย, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest-posttest design aimed to examine the effectiveness of a health literacy promotion program for nurses in discharge planning for stroke patients. The sample consisted of 30 registered nurses working in the female medical ward at a hospital in Khon Kaen Province, selected through purposive sampling. Data were collected by health literacy assessment, discharge planning information access skills scale, health communication skills scale, self-management skills scale, media literacy skills scale, decision-making skills scale, and discharge planning behavior evaluation form. Paired t-tests were used to analyze the dependent data.

The results of the study found that knowledge and understanding in discharge planning, skills in accessing information and health services for stroke patients, health communication skills in discharge planning, self-management in discharge planning, media literacy skills in planning, and decision-making skills in discharge planning after the experiment were higher than before the experiment (discharge planning

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2] รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย Corresponding Author Email: khwanarun1984@gmail.com

behavior found that providing knowledge about disease (Diagnosis), providing knowledge about medication, providing knowledge about environmental management (Environments & Economics), providing knowledge about treatment (Treatment), providing knowledge about health diseases (Health), providing knowledge about referrals, coming for check-ups (Out patient referral), providing knowledge about appropriate food (Diet), and assessing mental, emotional, social, and depression problems (Psychosocial support) before and after the experiment were significantly different at a statistical level of $\rho <$ .05.

Keywords: Health Literacy Discharge Planning Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดสมองที่ตีบตัน(Ischemic Stroke) และแตก (Hemorrhagic stroke) ส่งผลต่อการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 2 ของโลกและเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการมากเป็นอันดับ 3 ของโลก องค์การอนามัยโลกคาดว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึงจำนวน 15 ล้านคนทั่วโลกโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาทีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองพบว่าในปี 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 80 ล้านคน ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคนและยังพบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปีโดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปและร้อยละ 60 จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความพิการทางร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การพูด หรือการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล นอกจากนี้ยังเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขในด้านค่ารักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลระยะยาว ดังนั้นการป้องกัน คัดกรองความเสี่ยง และให้การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดผลกระทบจากโรคนี้อย่างยั่งยืน[2]

เขตสุขภาพที่ 7 รายงานว่าในปี 2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 9,460 ราย คิดเป็น 189.49 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวน 472 รายคิด เป็นร้อยละ 3.57 ส่วนจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 3,263 ราย คิดเป็น 182.84 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตทั้งหมด 142 รายคิดเป็นร้อยละ 3.35 [3](กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่าจังหวัดขอนแก่นมีอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 7 เล็กน้อย สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการดูแลรักษาและระบบบริการสุขภาพที่อาจมีความเข้มแข็งกว่า โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการรักษาอย่างรวดเร็ว เช่น การใช้แนวทาง stroke fast track และการจัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเจ็บป่วย[4] อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในระดับสูงบ่งชี้ถึงภาระโรคที่สำคัญ และความจำเป็นในการเสริมสร้างมาตรการเชิงรุกด้านการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเจ็บป่วย

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจากระยะเฉียบพลันไปสู่ระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[5] อีกทั้งการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสม เข้าใจแนวทางการดูแลสุขภาพ และนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการที่พยาบาลวิชาชีพจะสามารถส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติได้นั้นพยาบาลจะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nurse Health Literacy) ก่อนถึงจะสามารถ

ถ่ายทอดความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ[6]

การวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ผ่านมาใช้รูปแบบ DMETHOD & P ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยหลังจำหน่าย มีภาวะพึ่งพิงสูงถึง ร้อยละ78 เสียชีวิตร้อยละ 16 จากการประเมินบุคคลในครอบครัวพบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางถึงสูงเพียงร้อยละ 23 เท่านั้น ส่วนพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 12 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้อยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ร้อยละ 90 มีระดับตำแหน่งปฏิบัติการ ร้อยละ 50 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย 0-5 ปี และร้อยละ 100 ไม่เคยอบรมเฉพาะทาง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ร่วมกับการวางแผนจำหน่าย จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่นโดยผลการศึกษาจะนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลก่อน-หลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล

สมมติฐานงานวิจัย

1. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการวางแผนจำหน่ายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) มีรูปแบบดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิธีสุ่มแบบจับสลาก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และมีประสบการณ์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

3. สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

มีเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา เช่น ลา ป่วย ย้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1)แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย ประวัติการอบรมเฉพาะทาง

1.2)แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล

1.3)แบบประเมินพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการการทดลอง คือ

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่นในครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[7] Nutbeam(2008) ร่วมกับ DMETHOD & P[8]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (reliability) โดยการนำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล และ แบบประเมินพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่า Cronbarch's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 และ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

1.นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

2.จัดทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอทำการวิจัยในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

3.นำหนังสือที่ได้รับอนุมัติเสนอต่อพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย

ระยะก่อนทดลอง

ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวมรวมข้อมูล แก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากจนครบจำนวน 30 คน และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล และ แบบประเมินพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ระยะเวลา 2 สัปดาห์ รวม 8 กิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ

กิจกรรมที่ 2 ความรู้ความเข้าใจการบรรยายสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันในระดับโลก

กิจกรรมที่ 3 ทักษะด้านการสื่อสารใช้การใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ ใช้กิจกรรมการสร้างบทบาทสมมติหรือสถานการณ์จำลอง

สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 5 การจัดการตนเอง ใช้กิจกรรมในการสร้างแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลสร้างบทบาทสมมติ

กิจกรรมที่ 6 การนำเสนอผ่านสื่อและการบอกต่อโดยการผ่านสื่อรวมทั้งข้อมูลด้านสาธารณสุข

กิจกรรมที่ 7 ทบทวนการวางแผนจำหน่ายตามแนวทางความรอบรู้ด้านสุขภาพและ DMETHOD & P

กิจกรรมที่ 8 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการวางแผนจำหน่าย

ระยะหลังการทดลอง ให้พยาบาลวิชาชีพทำแบบสอบถามหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีโดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาล และ แบบประเมินพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัย ใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย และได้รับการเห็นชอบเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ CASHE670034

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง 30 คนคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 28 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสโสด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับตำแหน่งปฏิบัติการจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย 0-5 ปี จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 50 และไม่เคยอบรมเฉพาะทาง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลอง (mean=8.16 SD= 3.58) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=5.66 SD= 2.14) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (mean=4.60 SD= 6.22) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=3.44 SD= 0.33) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพในการวางแผนจำหน่าย หลังการทดลอง (mean=4.58 SD= 0.50)สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=3.83 SD= 0.45) การจัดการตนเองในการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลอง (mean=4.55 SD= 0.37) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=3.42 SD= 0.39) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการวางแผนจำหน่าย หลังการทดลอง (mean=4.57 SD= 0.45) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=3.58 SD= 0.40) และทักษะการตัดสินใจในการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลอง (mean=4.61 SD= 0.45) สูงกว่า ก่อนทดลอง (mean=3.31 SD= 0.41) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ρ -value
	mean	S.D.	แปรผล	mean	S.D.	แปรผล	
1.ความรู้ความเข้าใจในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ และภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง	5.66	2.14	ต่ำ	8.16	3.58	สูง	.04*
2.ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง	3.44	0.33	ปานกลาง	4.60	6.22	สูง	.03*
3.ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายข้อและภาพรวม ก่อนและหลังการทดลอง	3.83	0.50	ปานกลาง	4.58	0.50	สูง	.04*
4.การจัดการตนเองในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ และภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง	3.44	0.37	ปานกลาง	4.55	0.37	สูง	.04*
5.ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ และภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง	3.58	0.40	ปานกลาง	4.57	0.45	สูง	.06
6.ทักษะการตัดสินใจในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายข้อ และภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง	3.31	0.41	ปานกลาง	4.61	0.45	สูง	.08

ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายพบว่า การให้ความรู้เรื่องโรค(Diagnosis) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 การความให้รู้เรื่องยา Medication ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 การให้ความรู้เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อม(Environments & Economic) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 การให้ความรู้เรื่องการรักษา(Treatment) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 การให้ความรู้เรื่องโรคสุขภาพ(Health) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 การให้ความรู้เรื่องการส่งต่อ การมาตรวจตามนัด(Outpatient referral) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 การให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม (Diet) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 และการประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และภาวะซึมเศร้า (Psychosocial support) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho <$ .05 ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการวางแผนจำหน่าย ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

พฤติกรรมการวางแผนจำหน่าย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI	t	ρ -value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
Diagnosis	3.45	0.32	4.68	0.44	0.34-0.56	0.79	0.03*
Medication	3.69	0.33	4.98	0.67	0.71–3.85	1.54	0.04*
Environments& Economic	3.87	0.33	4.68	0.57	1.34-4.43	3.71	0.00*
Treatment	3.45	0.32	4.32	0.52	0.78-5.21	0.36	0.02*
Health	3.96	0.36	4.41	0.39	-0.98-0.45	0.82	0.07
Outpatient referral	4.04	0.37	4.38	0.41	1.56-7.76	1.76	0.03*
Diet	3.96	0.36	4.62	0.53	0.38-0.98	0.44	0.03*
Psychosocial support	4.17	0.39	4.86	0.48	4.48-5.21	0.67	0.04*

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมุติฐานที่1 กล่าวว่า พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลอง (mean=8.16 SD= 3.58) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=5.66 SD= 2.14) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (mean=4.60 SD= 6.22) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=3.44 SD= 0.33) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพในการวางแผนจำหน่าย หลังการทดลอง (mean=4.58 SD= 0.50)สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=3.83 SD= 0.45) การจัดการตนเองในการวางแผนจำหน่าย หลังการทดลอง (mean=4.55 SD= 0.37) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=3.42 SD= 0.39) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการวางแผนจำหน่าย หลังการทดลอง (mean=4.57 SD= 0.45) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean=3.58 SD= 0.40) และทักษะการตัดสินใจในการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลอง (mean=4.61 SD= 0.45) สูงกว่า ก่อนทดลอง (mean=3.31 SD= 0.41) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ส่งผลต่อพัฒนาการอย่างชัดเจนในหลากหลายด้าน ตั้งแต่ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การจัดการตนเอง ความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ รวมทั้งการตัดสินใจ เห็นได้จากผลคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ภายหลังได้รับการอบรมและกิจกรรมที่ออกแบบไว้ในโปรแกรมแล้ว คะแนนโดยรวมเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าโปรแกรมดังกล่าว ช่วยพัฒนาในด้านทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจซึ่งเป็นทักษะเชิงวิชาชีพขั้นสูงส่งผลต่อการปรับตัวและพัฒนาได้ภายในระยะเวลาอันสั้น แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของพยาบาลในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงในกระบวนการวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยรายบุคคลโดยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับสามารถส่งเสริมให้พยาบาลสามารถคัดกรองและประเมินแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ดีขึ้น ทำให้การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติมีความ

แม่นยำและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละราย สอดคล้องกับ โสภิต ใจอารีย์[9]ที่พบว่า พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายของพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และและพฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้อง

สมมุติฐานที่2 พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการวางแผนจำหน่ายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมการวางแผนจำหน่ายการให้ความรู้เรื่องโรค(Diagnosis) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$ การความให้รู้เรื่องยา Medication ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$ การให้ความรู้เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อม(Environments & Economic) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$ การให้ความรู้เรื่องการรักษา(Treatment) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$ การให้ความรู้เรื่องโรคสุขภาพ(Health) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$ การให้ความรู้เรื่องการส่งต่อการมาตรวจตามนัด(Outpatient referral) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$ การให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม (Diet) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$ และการประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และภาวะซึมเศร้า (Psychosocial support) ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\rho < .05$

อธิบายได้ว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากโปรแกรมดังกล่าวส่งผลต่อทักษะ ความรู้ และแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โปรแกรมดังกล่าวมักเน้นการจัดการแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจลึกซึ้งมากขึ้น และมีแนวทางที่ชัดเจนในการถ่ายทอดข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูและป้องกันการเกิดซ้ำของโรคนอกจากนี้ โปรแกรมยังมีองค์ประกอบของการฝึกอบรม การให้ข้อมูลตามแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การใช้แบบฟอร์มช่วยเตือนความจำ หรือมีการประเมินผลการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมของพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านที่อาจเคยถูกมองข้ามหรือให้ความสำคัญน้อยในการปฏิบัติงานประจำ เช่น เรื่องยา การส่งต่อ หรือการปรับสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลสามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้านที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho > .05$) ส่วนการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไป (Health) ที่ไม่แตกต่างกันเพียงด้านเดียวอาจเกิดจากพยาบาลอาจมีความรู้และให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพเป็นกิจวัตรอยู่แล้ว เช่น การออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ ทำให้โปรแกรมไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมในด้านนี้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับ รัชดา เจนวิทยารักษ์[10] ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวทางวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช การแจกแจงลำดับที่ความรู้และ

ทักษะที่ความแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01)

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีพยาบาลมีพฤติกรรมที่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพสูงขึ้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1.ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบนี้ในระยะยาว โดยติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังกลับบ้าน เช่น การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ คุณภาพชีวิต หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.ควรเปรียบเทียบรูปแบบนี้กับรูปแบบอื่น ๆ ที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อวัดความแตกต่างด้านประสิทธิภาพ

3.ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านประเภทของหน่วยงาน (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์) และระดับประสบการณ์ของพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. นิจศรี ชาญนรงค์. ประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โรงพยาบาลเกาะสมุย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2563;14(2):45–56.
2. Tiwari S, Pal S, Chaurasia R, Dixit A, Dangi R. Community-based rehabilitation of stroke survivors: a systematic review. Int J Stroke. 2021;16(3):305–14.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลสุขภาพ HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th
4. หทัย ธาตุทำเล. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2567;30(1):12–21.
5. บานเย็น ไชยรินทร์, ชุติมา เพ็ชรดี, ธนิกา สุวรรณมณี. ผลของการเยี่ยมบ้านต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(3):88–96.
6. นันทกาญจน์ ปักษี, สุจิตรา ปรางทอง, วิไลวรรณ อินทะนิล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(1):54–66.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072–8.
8. กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเยี่ยมบ้าน. นนทบุรี: สำนักวิชาการพยาบาล; 2550. 90 หน้า.
9. โสภิต ใจอารีย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(2):102–13.
10. รัชดา เจนวิทยารักษ์. แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบสุขภาพอำเภอ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2567;3(1):33–45.