



วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Health office

1. เพื่อส่งเสริมผลงานวิชาการวิชาชีพและนวัตกรรมทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและนำเสนอบทความวิชาการ
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อให้มีวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสากล

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือน มกราคม พฤษภาคม และกันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ปิติ ทังไพศาล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชร เอี่ยมรัมย์กุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวสุภาภรณ์ มิตรภานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รศ.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รศ.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายวีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
----------------------------	--

กองบรรณาธิการ :

ทันตแพทย์หญิงนิรมล สีสอาดิศร	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตกรรม) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
นายแพทย์นิตติ บุญอัฐ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนทราย
แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมลาลัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

อาจารย์พัชรา ชมภูวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ดวงเดือน ศรีมาตี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
เภสัชกรพิทยาภรณ์ ศรีคำภา	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ว่าที่ พ.ต.ดร.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.สุพะยนต์ ชมภูธวัช	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก
อาจารย์ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุ่มทันนา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.อรุณ บุญสร้าง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.อรทัย พวงแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมบัติ อภิรมระกา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	ผู้อำนวยการสำนักวิจัย มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร.เพชรบูรณ์ พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.วิภาดา จันทร์มนทล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวชลธิดา แสงมะณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางจุไรรัตน์ กลางคาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 80 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทรศัพท์ 0-4372-2118 ต่อ 141 โทรสาร 0-4372-2117

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ

ผู้ประสงค้จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft word for windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร Angsana new ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว และขอบขวา 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช่คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้รับปริญญาจากสถาบันต่างประเทศก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทยสำหรับปริญญา นั้นระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้พิมพ์ทำงานระบุชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ สำนักงานและโทรศัพท์มือถือรวมทั้ง E-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย ผลการวิจัย และวิจารณ์ ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนตัวของบทนำ

วิธีการศึกษา (Methods หรือ Materials and Methods) ระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study design protocol) เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment บอกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษาชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการศึกษา (Results) แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ (Discussion) แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่...อย่างไร...เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น...วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่มีปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่งๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) ในกรณีที่ต้องการระบุค่าขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ :
รูปแบบการวิจัย :
วัสดุและวิธีการวิจัย :
ผลการวิจัย :
สรุปและข้อเสนอแนะ :

คำสำคัญ :

ABSTRACT

Purpose :
Design :
Methods :
Main findings :
Conclusion and recommendations :

Keywords :

ย่อหน้าเดียว แจ่มให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัยลงวารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

1. ชื่อเรื่อง (Title) ไทยและอังกฤษ พร้อมข้อความเกี่ยวกับผู้เขียน (Author) ไทยและอังกฤษ
2. บทคัดย่อ Abstract (ไทย-อังกฤษ) แยกตามหัวข้อโดยสังเขป บทคัดย่อภาษาไทยหรืออังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ดังนี้

บทความวิจัย

ชื่อเรื่อง :

ชื่อผู้นิพนธ์ :

บทคัดย่อ (Abstract) :

.....
.....
.....
.....

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) :

บทนำ (Introduction) :

วิจารณ์ :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

วิธีการวิจัย :

กิตติกรรมประกาศ :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

ผลการวิจัย :

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver) :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

สารบัญ

	หน้า
1. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพหนอง Development of a Model for Access to Emergency Medical Service of Participated in Myocardial Infarction Patients Phonthong District Network พนิดา พ้องเสียง	9
2. กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด The Process of Hospital Quality Development of Community Hospitals Accreditation in Roi-Et Province จุไรรัตน์ กลางคาร ปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์	21
3. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) Effect of Health Care Program on New Diabetic Mellitus Type 2 on Health Literacy, Health Care Behavior and Hemoglobin A1c (HbA1c) วารีย์ นงนุช	29
4. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธผู้รับการบำบัดการเข้ายาบ้า The Effects of Buddhist Empowerment Program in Methamphetamine use Patients โชคนิตีพัฒน์ วิสุณ	37
5. การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันโรคไตเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด The Development of a Participatory Care and Prevention Model for Chronic Kidney Disease in Diabetic Patients in Sa Khu Subdistrict, Suwanaphum District Roi - Et Province นัฏฐพร พรหมบุตร	49
6. การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมปฏิบัติการและตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย Evaluation Research for Operational Training Projects and Health Check According to the Risk of Occupational Health and Safety พิศมร พัฒนสระคู	59
7. ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก The Effectiveness of a Same Day Surgery Discharge Planning Program on Anxiety and Self care in Patients Undergoing Cataract Surgery ทิพภัทร เอกวงษา	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
8. บทเรียนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของจังหวัดปัตตานี Lesson Learned from Home Health Care Operation in Pattani Province ศรียุตา ลัพธวรรณ	83
9. ผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด The Effect of Education Program on Knowledge, Self-Care Behavior and Quality of Life in Asthma Patient at Phanomphrai Hospital, Roi Et province สวรรณค์ รุจิชาญกร	91
10. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม Development of Care Model for Chronic Kidney Disease Stage 3 in Nadoon District, Maha Sarakham Province สุวคนธ์ เหล่าราช* ละออง เดิมทำรัมย์	99
11. ความชุกการเกิดมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 Prevalence of Cervical Cancer of Women Who Screened Cervical Cancer Between 2015 and 2019 in KhonKaen Hospital เนตรชนก ไวโสภา	113
12. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การสื่อสารทาง Line Development of Care Model for Diabetic Type 2 by Line Application ศิริกุล ศรีหนา	123
13. รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด Nursing Assignment Model in General Medical Wards, Roi - Et Hospital บุษบา วงศ์พิมล พนิดา สุทธิประภา วิภาวดี วัชรส จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล	135
14. ผลการใช้การพัฒนาโปรแกรมผู้จัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองสรวง Effectiveness of The Case Management Program for Uncontrolled Diabetic Mellitus in Muangsuang Hospital, Roi - Et ละอองดาว ชูราชี่	143

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
15. ผลการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ ที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ The Effective of Based Empowerment an Activities Happiness School On Self care of the Elderly กมนนทร์ สารกุล	149
16. ผลของโปรแกรมการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด The Effects of an Anxiety Reduction Program in Patients Cataract Surgery in Roi - Et Hospital เกษรา ทวีแสง	163
17. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลหนองหานจังหวัดอุดรธานี Prevalence and Factors Associated with Birth Weight Infant Nonghan Hospital, Udon Thani Province อนุชาติ สุจิตา	175
18. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน โรงพยาบาลธวัชบุรี Effects of Health Promotion Program for Food Consumption, Perceived and Self-care Behavior on Hypertension at Thawatburi Hospital, Roi-Et ปาณิณณ์ โพธิชัย	185
19. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กิจกรรม “DM day camp”โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด The Effect of Behavior Changes Program on Adults with Type 2 Diabetes (T2DM) using the Activity “DM day camp” Phon Thong Hospital, Roi Et สุภาภรณ์ คุณาเอก	199
20. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น The Development of Triage System in Emergency Department at Phon Hospital, Khon Kaen Province เยาว์รัฐ วิไชยมงคล	213

การพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพธารอง

Development of a Model for Access to Emergency Medical Service of Participated in Myocardial Infarction Patients Phonthong District Network

พนิดา พ็องเสียง*

Panida Pongseang

Corresponding author : Email : panida101.pp@gmail.com

(Received : November 10,2020 ; Revised : November 23, 2020 ; Accepted : November 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธารอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) จำนวน 110 คน ซึ่งได้มาจากเลือกแบบจำเพาะเจาะจง การเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบบันทึก และแบบสังเกต ดำเนินการศึกษาตั้งแต่มกราคม-กรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : พบว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย 2) จัดทำ Warning Signs 3) ดำเนินการและ 4) ประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่ม EMR และ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ทักษะกระบวนการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่าทักษะที่ทำได้ดีมาก กลุ่มเสี่ยงยังมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย และไม่ทราบอาการผิดปกติของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ต้องรีบมาพบแพทย์และได้รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในกลุ่ม อสม. EMR และกลุ่มเสี่ยง

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ อสม. EMR และกลุ่มเสี่ยง มีความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง ทำให้มีการตระหนักและเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป นักเรียน นักศึกษา ให้สามารถเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ; กลุ่มเสี่ยง ; อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ; การเข้าถึงบริการ ; รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ABSTRACT

Purpose : To Study the development of a model for access to emergency medical service of participated in myocardial infarction patients though with the participatory of Phonthong Network.

Study design : Action research

Material and Methods : The Sample were risk groups of hypertension, diabetes, hyperlipidemia, public health volunteers and emergency medical responder (EMR) in Phonthong District. The 110 subjects selected by purposive selection data were collected by using questionnaires consisted of knowledge of myocardial infarction Summary from brainstorming result from, Accidental Situation, Rally, Observation from modified form Rujiwan, Saengloon. Operation period from January to July 2019. Data were analyzed by using descriptive statist ice including percentage, frequency, mean and, standard deviation. Quality data was used to analyze the content.

Main findings : Model for access to emergency medical service of participated in myocardial Infarction Patients 4 steps ; 1) health education 2) prepare warning sings 3) implement and 4) evaluate and sharing. The Public health Volunteers and emergency medical responder (EMR) had knowledge score of Myocardial Infarction were good, skill score for myocardial infarction and resuscitation process was very good, a call from emergency medical service by vulnerable group were few and still a lack of knowledge about the symptoms of myocardial infarction, and model of access to emergency medical service for myocardial infarction patients, in the gap of EMR, public health volunteers and vulnerable groups.

Conclusion and Recommendations: This research indicated that public health Volunteer, EMR and Vulnerable groups had knowledge of Myocardial Infarction disease and had practice it in real situations. The groups were awareness and access to emergency medication service. This pattern can be used by the general public, Students to provide vigilance and first aid

Keywords : Myocardial infarction patients ; Risk group ; Emergency Medical Volunteer (EMR) ; Health Volunteers ; Access to services ; Access to emergency medical services

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากสถิติองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปีพ.ศ. 2558 กลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุ การตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของอัตราการตายทั่วโลก ประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2555 – 2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2554 – 2558 เท่ากับ 412.70, 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 ตามลำดับ จากข้อมูลทั้งการตายและป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด¹ แสดงให้เห็นว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยังคงมีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการทบทวนพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ การมีภาวะความดันโลหิตสูง การมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะอ้วนลงพุง การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักและผลไม้ และความเครียด โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (83.20%) ภาวะความดันโลหิตสูง (59.50%) เบาหวาน (50.70%) การสูบบุหรี่ (32.10%) และครอบครัวมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ (9.30%) จะเห็นได้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม²

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service : EMS) เป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉิน ที่มุ่งให้บริการแก่ผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่การบำบัดรักษาในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ตลอดจนถึงในระยะการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน (Emergency room) ของโรงพยาบาล ที่นับว่าเป็นเวลาที่มีค่ามากที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินรอดชีวิตหรือรอดจากความพิการได้ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล มุ่งเน้น ไปที่การนำส่งผู้ป่วยจากจุดที่ผู้ป่วยเกิดอาการที่คาดว่าน่าจะเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไปยังโรงพยาบาลที่มี

ศักยภาพให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 6 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการ³

ในทำนองเดียวกันโรงพยาบาลโพนทองเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 150 เตียง โดยในปี 2558-2561 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มารับบริการทั้งหมด 442 ราย ทั้งนี้มารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียง ร้อยละ 32.9, 31.1, 39.0 และ 15.8 ตามลำดับ อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) มีความล่าช้าในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดนานเกิน 30 นาที ในปี 2559 - 2561 ร้อยละ 55.56, 42.85 และ 52.94 ตามลำดับ⁴ ซึ่งผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลต้องได้รับการรักษาเฉพาะเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจให้มีการไหลเวียนฟื้นฟูภาวะกล้ามเนื้อหัวใจภายใน 6 ชั่วโมง โดยอัตราการตายจะเพิ่มตามระยะเวลาเข้าถึงการรักษาที่นานมากขึ้น⁵⁻⁷ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง โดยการสร้างการรับรู้ ความตระหนัก และสังเกตอาการเตือนในกลุ่มเสี่ยง ผู้ดูแลหลัก อสม. และแกนนำชุมชน ให้สามารถเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและทันเวลา รวมทั้งทีม EMR สามารถประเมินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพนทอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) โดยดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & Mc Taggart)⁸ การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการระดมสมอง

ระยะเวลาดำเนินงาน 1 มกราคม – 31 กรกฎาคม 2562 พื้นที่ตำบลสระนกแก้ว และตำบลแวง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรได้แก่ 1) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง อสม. และ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) ในอำเภอโพธารอง จำนวน 110 คน 2) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากตำบลสระนกแก้วและตำบลแวง ที่มีความชุกและอุบัติการณ์การมารักษาด้วย STEMI ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ที่ CVD height risk ตามข้อบ่งชี้ ปี 2561 อสม. และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) โดยกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและ คัดออกของการวิจัย คำนวณจากประชากรร้อยละ 159 ได้กลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 289 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน และ 2) อสม. ทั้งหมด 283 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน และ 3) อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) เอาทั้งหมด 20 คน รวมทั้งหมด 110 คน

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก เกณฑ์การคัดเข้า คือ

1) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ที่ CVD risk สูงมาก และสูงอันตราย สามารถอ่านออก เขียนได้ และสามารถสื่อสารได้ 2) อสม. อายุ 20 – 60 ปี สามารถอ่านออก เขียนได้ และสามารถสื่อสารได้ และ 3) อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) อายุ 18 – 60 ปี ผ่านการอบรมหลักสูตร EMR 40 ชั่วโมง สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ สื่อสารไม่ได้ และ 2) อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (EMR) ไม่ผ่านการอบรม 40 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเครื่องมือเองจากการทบทวนวรรณกรรม

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มเสี่ยงอสม. และ EMR ใช้แบบสอบถามของเพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ⁷ จากการวิจัยผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 15 ข้อ

3. แบบสรุปผลการระดมสมองแนวทางการเข้าถึงบริการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มเสี่ยงในเรื่อง การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์ โดยผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเชิงเนื้อหา

4. สถานการณ์จำลอง Rally ในอสม. และ EMR โดยใช้ แบบสังเกตการ ทักษะตามสถานการณ์จำลองของ รุจิวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน จากวิทยการประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาฉุกเฉินชุมชน อสม. ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลัน (AMI) อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น ในเรื่องการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน⁸ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม อสม. และกลุ่ม EMR 2) จัดทำ Warning Signs สติกเกอร์สำหรับกลุ่มเสี่ยงติดในที่ที่มองเห็นได้ง่าย 3) ดำเนินการ ให้ความรู้และอบรมทักษะในการดูแลและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในกลุ่ม อสม. และ EMR และ 4) ประเมินผล คือ ประเมินความรู้ในกลุ่ม อสม. และกลุ่ม EMR ประเมินทักษะในการดูแลและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ในกลุ่ม อสม. และกลุ่ม EMR และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเสี่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยสถิติพื้นฐานได้แก่จำนวน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็นจัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ของข้อมูลวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล

3. วิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically analysis) โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลมาเทียบความถูกต้องน่าเชื่อถือ การวิเคราะห์ข้อมูล คือ การสรุปเป็นตาราง (Table) และแผนผังความคิด (Mind mapping) ตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลและการทวนสอบความคิดกับผู้ให้ข้อมูลผ่านกระบวนการกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. กลุ่มอาสาสมัครเงินทางการแพทย์ ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ EMR

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ EMR ที่ตอบถูก

ข้อคำถาม	จำนวน(ร้อยละ)
1. อาการโตของโรคหัวใจที่ต้องรีบไปหาหมอทันที	19(95.00)
2. เมื่อพบว่าเพื่อนของท่านล้มฟุบหมดสติ ต่อหน้าท่าน ท่านจะทำลำดับสุดท้ายคือ	14(70.00)
3. ความดันโลหิตในคนปกติไม่ควรเกินเท่าใด	11(55.00)
4. ระดับน้ำตาลปกติไม่ควรเกินเท่าใด	18(90.00)
5. คนที่ท่านนำความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจนี้ไปดูแล คือ	17(85.00)
6. เมื่อมีคนที่ต้องการความช่วยเหลือ ในการส่งต่อผู้ป่วยท่านจะอย่างไร	20(100.00)
7. อาหารที่คนเป็นโรคหัวใจควรหลีกเลี่ยง	19(95.00)
8. เมื่อท่านต้องการผู้สอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับโรคหัวใจท่านจะไปหา	9(45.00)
9. อาการเตือนของโรคหัวใจ	20(100.00)
10. อาการเตือนของการมีโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต	20(100.00)
11. อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน คือ	13(65.00)
12. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ	13(65.00)
13. ไขมันที่ควรกินคือไขมันชนิดใด	9(45.00)
14. ไขมันที่ไม่ควรรับประทาน เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ มาจากอาหารชนิดใด	19(95.00)
15. อาการแสดงของการเป็นโรคหัวใจ คือ	18(90.00)
รวม	15.93(79.66)

จากตารางที่ 1 ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ EMR ที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อ 6 เมื่อมีคนที่ต้องการความช่วยเหลือ ในการส่งต่อผู้ป่วยท่านจะอย่างไร ข้อ 9 อาการเตือนของโรคหัวใจ และข้อ10 อาการเตือนของการ

มีโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต (100.00%) และ ตอบผิดมากที่สุดคือ ข้อ 8 เมื่อท่านต้องการผู้สอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับโรคหัวใจ ท่านจะไปหา และข้อ13 ไขมันที่ควรกินคือไขมันชนิดใด (45.00%)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคะแนนการทดสอบทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ลำดับ	กิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)
1.	ประเมินความรู้สึกตัว ชักถามอาการสำคัญ อาการเจ็บหน้าอก (เจ็บ โรค ประจำตัวอย่างไร เจ็บตำแหน่งใด ระยะเวลาเริ่มเจ็บหน้าอก) สังเกตผู้ป่วยว่ามีเหงื่อออกตัวเย็น	30(50.00)
2.	จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา ดูแลให้ออกซิเจน 3-5 ลิตร/นาที	60(100.00)
3.	ดูแลให้นอนพัก จำกัดกิจกรรม	30(50.00)
4.	ขอความช่วยเหลือ และให้ผู้ช่วยเหลือโทรศัพท์ไปยังหมายเลข 1669 การช่วยฟื้นคืนชีพ	60(100.00)
5.	ประเมินความรู้สึกตัว โดยการใช้มือเขย่าที่หัวไหล่ผู้ป่วยแรงๆ และเรียกเสียงดัง	60(100.00)
6.	ตรวจการหายใจ โดยวิธีการ ดาดู หูฟัง แก้มสัมผัส 10 วินาที	60(100.00)
7.	จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายบนพื้นแข็ง โดยผู้ช่วยเหลือนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย	60(100.00)
8.	วัดตำแหน่งการกดหน้าอกถูกต้อง ทำกดหน้าอกถูกต้อง กดหน้าอกลึก อย่าง น้อย 5-6 ซม. กดหน้าอกสลับกับการช่วยหายใจถูกต้อง 30 : 2 เปลี่ยนผู้กดหน้าอกทุก 5 รอบ หรือ อัตราการกดหน้าอกด้วยความเร็ว 120 ครั้ง/นาที	60(100.00)
9.	ผู้ช่วยเหลืออีกหนึ่งคนเปิดทางเดินหายใจโดยการกดหน้าผากและเขยคาง	30(50.00)
10.	แจ้งอาการผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่ที่มาช่วยเหลือได้	18(30.00)
	รวม	468(78.00)

จากตารางที่ 2 การทดสอบทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ทักษะจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา ดูแลให้ออกซิเจน 3-5 ลิตร/นาที ทักษะดูแลให้นอนพักจำกัดกิจกรรม ทักษะขอความช่วยเหลือ และให้ผู้ช่วยเหลือโทรศัพท์ไปยังหมายเลข 1669 ทักษะประเมินความรู้สึกตัว โดยการใช้มือเขย่าที่หัวไหล่ผู้ป่วยแรงๆและเรียกเสียงดัง ทักษะตรวจการหายใจ โดยวิธีการ ดาดู หูฟัง แก้มสัมผัส 10 วินาที ทักษะจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายบนพื้นแข็งโดยผู้ช่วยเหลือนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย เท่ากัน (100.00%) และทักษะที่ EMR ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ

ทักษะวัดตำแหน่งการกดหน้าอกถูกต้อง ทำกดหน้าอกถูกต้อง กดหน้าอกลึกอย่าง น้อย 5-6 ซม. กดหน้าอกสลับกับการช่วยหายใจถูกต้อง 30 : 2 เปลี่ยนผู้กดหน้าอกทุก 5 รอบ หรืออัตราการกดหน้าอกด้วยความเร็ว 120 ครั้ง/นาที ทักษะผู้ช่วยเหลืออีกหนึ่งคนเปิดทางเดินหายใจโดยการกดหน้าผากและเขยคาง ทักษะประเมินความรู้สึกตัว ชักถามอาการสำคัญ อาการเจ็บหน้าอก (เจ็บอย่างไร เจ็บตำแหน่งใด ระยะเวลาเริ่มเจ็บหน้าอก) โรคประจำตัวและสังเกตผู้ป่วยว่ามีเหงื่อออกตัวเย็น (50.00%)

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ อสม.

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของอสม. ที่ตอบถูก

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)
1. อาการใดของโรคหัวใจที่ต้องรีบไปหาหมอทันที	45(100.00)
2. เมื่อพบว่าเพื่อนของท่านล้มพับหมดสติ ต่อหน้าท่าน ท่านจะทำลำดับสุดท้ายคือ	14(31.10)
3. ความดันโลหิต ในคนปกติไม่ควรเกินเท่าใด	19(42.20)
4. ระดับน้ำตาลปกติไม่ควรเกินเท่าใด	43(95.60)
5. คนที่ท่านนำความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจนี้ไปดูแล คือ	38(84.40)
6. เมื่อมีคนที่ต้องการความช่วยเหลือ ในการส่งต่อผู้ป่วย ท่านจะอย่างไร	45(100.00)
7. อาหารที่คนเป็นโรคหัวใจควรหลีกเลี่ยง	41(91.10)
8. เมื่อท่านต้องการผู้สอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับโรคหัวใจ ท่านจะไปหา	23(51.10)
9. อาการเตือนของโรคหัวใจ	44(97.80)
10. อาการเตือนของการมีโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต	44(97.80)
11. อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน คือ	39(86.70)
12. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ	35(77.80)
13. ไขมันที่ควรกินคือไขมันชนิดใด	24(53.30)
14. ไขมันที่ไม่ควรรับประทาน เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ มาจากอาหารชนิดใด	33(73.30)
15. อาการแสดงของการเป็นโรคหัวใจ คือ	36(80.00)
รวม	34.87 (77.48)

จากตารางที่ 3 ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของอสม. ที่ตอบถูก ความรู้ที่ อสม.ได้คะแนนสูงสุด คือ อาการใดของโรคหัวใจที่ต้องรีบไปหาหมอทันที และเมื่อมีคนที่ต้องการความช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วยท่านจะอย่างไร (100.00%) ความรู้ที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ เมื่อ

พบว่าเพื่อนของท่านล้มพับหมดสติต่อหน้าท่าน ท่านจะทำลำดับสุดท้าย (31.10%)

การทดสอบทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเบื้องต้นของ อสม. Rally

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละแผนการทดสอบทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ลำดับ	กิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)
1.	ประเมินความรู้สึกตัว ซักถามอาการสำคัญ อาการเจ็บหน้าอก (เจ็บอย่างไร เจ็บตำแหน่งใด ระยะเวลาเริ่มเจ็บหน้าอก) โรคประจำตัว สังเกตผู้ป่วยว่ามีเหงื่อออกตัวเย็น	45(50.00)
2.	จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา ดูแลให้ออกซิเจน 3-5 ลิตร/นาที	45(50.00)
3.	ดูแลให้นอนพัก จำกัดกิจกรรม	45(50.00)
4.	ขอความช่วยเหลือ และให้ผู้ช่วยเหลือโทรศัพท์ไปยังหมายเลข 1669 การช่วยฟื้นคืนชีพ	90(100.00)
5.	ประเมินความรู้สึกตัว โดยการใช้มือเขย่าที่หัวไหล่ผู้ป่วยแรงๆ และเรียกเสียงดัง	90(100.00)
6.	ตรวจการหายใจ โดยวิธีการ ตา ดู หู ฟัง แก้มสัมผัส 10 วินาที	45(50.00)
7.	จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายบนพื้นแข็ง โดยผู้ช่วยเหลือนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ป่วย	45(50.00)
8.	วัดตำแหน่งการกดหน้าอกถูกต้อง ทำกดหน้าอกถูกต้อง กดหน้าอกลึกอย่างน้อย 5-6 ซม.กดหน้าอกสลับกับการช่วยหายใจถูกต้อง 30 : 2 เปลี่ยนผู้กดหน้าอกทุก 5 รอบ หรือ อัตราการกดหน้าอกด้วยความเร็ว 120 ครั้ง/นาที	90(100.00)
9.	ผู้ช่วยเหลืออีกหนึ่งคนเปิดทางเดินหายใจโดยการกดหน้าผากและเชยคาง	45(50.00)
10.	แจ้งอาการผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่ที่มาช่วยเหลือได้	27(60.00)
	รวม	567(78.00)

จากตารางที่ 4 การทดสอบทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะที่ อสม.ได้คะแนนสูงสุด คือ ทักษะดูแลให้นอนพักจำกัดกิจกรรม ทักษะขอความช่วยเหลือ และให้ผู้ช่วยเหลือโทรศัพท์ไปยังหมายเลข 1669 ทักษะประเมินความรู้สึกตัว โดยการใช้มือเขย่าที่หัวไหล่ผู้ป่วยแรงๆ และเรียกเสียงดัง (100.00%) ทักษะที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ทักษะประเมินความรู้สึกตัว ชักถามอาการสำคัญ อาการเจ็บหน้าอก (เจ็บอย่างไร เจ็บตำแหน่งใด ระยะเวลาเริ่มเจ็บหน้าอก) โรคประจำตัว สังเกตผู้ป่วยว่ามีเหงื่อออกตัวเย็น ทักษะจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา ดูแลให้ออกซิเจน 3-5 ลิตร/นาที ทักษะตรวจการหายใจ โดยวิธีการ ดาดู หูฟัง แก้มสัมผัส 10 วินาที ทักษะจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายบนพื้นแข็งโดยผู้ช่วยเหลือนั่งคุกเข่าอยู่ด้านหลังข้างของผู้ป่วย ทักษะวัดตำแหน่งการกดหน้าอกถูกต้อง ท่ากดหน้าอกถูกต้อง กดหน้าอกลึกอย่างน้อย 5-6 ซม. กดหน้าอกสลับกับการช่วยหายใจถูกต้อง 30 : 2 เปลี่ยนผู้กดหน้าอกทุก 5 รอบ หรืออัตราการกดหน้าอกด้วยความเร็ว 120 ครั้ง/นาที และทักษะผู้ช่วยเหลืออีกหนึ่งคนเปิดทางเดินหายใจโดยการกดหน้าผากและเชยคาง (50.00%)

3. กลุ่มเสี่ยง ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า

1) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่เคยเรียกใช้บริการ ไม่รู้จักเบอร์โทรฉุกเฉิน ไม่รู้วิธีแจ้งเหตุ ดังข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเสี่ยงพูดว่า “...ไม่รู้จักค่ะ ดิฉันไม่เคยเรียกใช้บริการเลย...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 1) หมายความว่า กลุ่มเสี่ยงไม่รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่รู้วิธีการเรียกใช้บริการ “...บ้านฉันเรียกรถหออาก...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 2) หมายความว่า รถที่ใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มเสี่ยงเรียกว่ารถหออาก “...ไม่เคยเรียกใช้ส่วนมากใช้รถตัวเองหรือไม่ก็ใช้รถญาติครับ...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 3) หมายความว่า เวลาเมื่อเหตุฉุกเฉินกลุ่มเสี่ยงก็จะใช้รถตัวเองหรือญาติ “...เคยใช้บริการอยู่ค่ะ ฉันโทรไปเบอร์ 1669 ดิดที่ร้อยเอ็ดค่ะ เขาก็จะถามอาการคนไข้ ที่อยู่ เบอร์โทรผู้แจ้งชื่อผู้แจ้ง สถานที่ใกล้เคียงที่สามารถเห็นได้ง่ายจะได้รับการได้เร็ว บางครั้งก็แนะนำให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น...”

(ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 4) หมายความว่า กลุ่มเสี่ยงเคยเรียกใช้บริการ รู้จักเบอร์ฉุกเฉิน รู้จักวิธีแจ้งขอความช่วยเหลือ “...เคยใช้บริการค่ะ แต่ไม่ได้โทรไป 1669 โทรไปเบอร์กู้ชีพเลย เพราะอยู่บ้านเดียวกันค่ะ...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 5) หมายความว่า เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่โทรไปเบอร์กู้ชีพโดยตรง “...ฉันว่าเขียนเบอร์โทร 1669 ตัวใหญ่ๆ ไว้ที่สังเกตเห็นได้ง่ายเราจะได้ไม่ลืม...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 6) หมายความว่า กลุ่มเสี่ยงเขียนเบอร์ฉุกเฉินไว้ง่ายต่อการมองเห็นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

2) ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยังขาดความรู้ อาการแสดงที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การช่วยเหลือเบื้องต้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักพูดว่า “...ไม่เคยเห็นคะน่าจะเหนื่อย แน่นหน้าอกไข่ม้อยค่ะ...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 1) หมายความว่า กลุ่มเสี่ยงไม่แน่ใจ แต่คิดว่าน่าจะมีอาการแน่นหน้าอกและเหนื่อย “...เวียนเหงื่อแตก แน่นหน้าอก ฉันเคยได้ยินคุณหมอพูดให้ฟังตอนมารักษาเดือนที่แล้ว...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 2) หมายความว่า กลุ่มเสี่ยงเคยได้รับคำแนะนำเรื่องอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดว่ามีอาการแน่นหน้าอก เวียนเหงื่อแตก “...ผมเคยเห็นครับ แน่นหน้าอก แน่นท้อง หายใจไม่ออก เหงื่อแตก ก็เอารถตัวเองไปส่งเอง ไม่มีเวลาโทรเรียกรถกู้ชีพเร็วดีครับ...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 3) หมายความว่า กลุ่มเสี่ยงเคยเห็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีอาการ แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เหงื่อแตก “...ฉันจำไม่ได้หรอกค่ะ เวลามีอาการเอาอะไรก็ได้ไปให้ถึงโรงพยาบาลได้เร็วที่สุด...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 4) หมายความว่า เวลาเมื่ออาการผิดปกติคิดว่าต้องมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด “...แล้วเราจะมีวิธีป้องกันโรคนี้อย่างไรครับ...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 5) หมายความว่า กลุ่มเสี่ยงยังไม่รู้จักวิธีป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด “...งดอาหารที่มีรสหวาน รสมัน รสเค็ม ออกกำลังกาย ดื่มน้ำสะอาด กินอาหารที่มีประโยชน์ น่าจะป้องกันช่วยได้ค่ะ...” (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคนที่ 6) หมายความว่า กลุ่มเสี่ยงรู้วิธีป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จากการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่า กลุ่มเสี่ยงไม่รู้จักวิธีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเบอร์ฉุกเฉิน เวลาเมื่ออาการผิดปกติก็ไม่ได้ใช้บริการ EMS เคยได้

รับความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแต่จำไม่ได้ ผู้วิจัยได้จัดทำสติ๊กเกอร์โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การเรียกใช้บริการการแพทย์ติดในที่สังเกตได้ง่ายในกลุ่มเสี่ยงเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

วิจารณ์

1. ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจกลุ่ม EMR และ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีสอดคล้องกับงานวิจัย⁷ ที่ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ทราบอาการเตือนของโรคหัวใจ อาการเจ็บหน้าอก เจ็บแน่นเหมือนมีของหนักๆมาทับและตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วสอดคล้องกับการวิจัย¹⁰ ที่ศึกษาการทำงานของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ตำบลโพหนอง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

2. ทักษะกระบวนการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานพบว่า ทักษะที่ทำได้ดีมากสอดคล้องกับผลการวิจัย⁷ ที่ผล

ของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้กลุ่ม EMR และ อสม. มีความมั่นใจจากการเพิ่มพูนทักษะสามารถนำเอาการเรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชนในการดูแลตนเอง และประชาชนที่มีความเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในชุมชนที่รับผิดชอบได้

3. กลุ่มเสี่ยง ยังมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย ได้รับความรู้การสังเกตอาการผิดปกติของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแต่จำไม่ได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำสติ๊กเกอร์ที่อ่านง่าย พร้อมเบอร์ฉุกเฉินที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ติดในที่มองเห็นได้บ่อยและมองเห็นได้ง่าย

4. จากการสรุปติดตามผลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561- กรกฎาคม 2562 พบว่ามีทั้งหมด 55 ราย ในจำนวนนี้มาด้วยรับส่งต่อ 16 ราย เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ 10 ราย คิดเป็น (25.64%) (คิดจากจำนวนผู้ป่วย 39 ราย) เพิ่มขึ้นจากปี 2561 เดิม (15.80%) และหลังจากรับแจ้งเหตุจนถึงโรงพยาบาลเวลาเฉลี่ย 15.6 นาที

จากการวิจัยได้รูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ

EMR	อสม.	กลุ่มเสี่ยง
*ให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการสำคัญที่ต้องเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	*ให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการสำคัญที่ต้องเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	*ให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการสำคัญที่ต้องเรียกใช้บริการ
*อบรมทักษะในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	*กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เสี่ยงต่อ
*อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	*อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
*เข้าฐานฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน การดูแล	*เข้าฐานฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน การขอ	*จัดทำสติ๊กเกอร์อาการสำคัญที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และเบอร์โทรฉุกเฉินติดในที่สามารถเห็นและสังเกตง่าย
ขณะนำส่งและการขอความช่วยเหลือจากทีม Advance	ความช่วยเหลือจาก 1669	

ข้อเสนอแนะ

- 1) นำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลให้การช่วยเหลือและนำส่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างปลอดภัยได้ในกลุ่ม EMR
- 2) นำรูปแบบไปใช้ในการเฝ้าระวัง ให้การช่วยเบื้องต้น และเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ในกลุ่ม อสม.

- 3) นำรูปแบบไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงรู้จักอาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์ การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ
- 4) นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในโรคเบาหวาน ผู้ป่วยช้ำและผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐฉิรวรรณ พันธมุง, อลิสรดา อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิ. ประเด็นสารธรรมรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก : <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge>
2. เกรียงไกร เสงร์ศรี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ ; 2557.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สถาบัน ; 2551. [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.niems.go.th/th/Upload/File/>
4. พัชราภรณ์ อุ๋นเต้จ๊ะ, ศิริอร สีนตุ. โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ; 2554.
5. โรงพยาบาลโพนทอง. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประจำปี 2558-2561. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาล ; 2561.
6. วาโร เฟ็งส์วีสดี. วิธีวิทยาการวิจัย. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น ; 2551. หน้า 187-188.
7. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัฒราดุล, กนกพร แจ่มสมบุญ, วรณิชา พัวไพโรจน์, ปัทมา พิระพันธ์, ยุพา อยู่ยี่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558 ; 1 : 119-31.
8. รูจีวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน. การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครชุมชนกลุ่ม อสม. ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI) อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพมหานคร : โครงการวิจัย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2559.
9. จิตติมา ภูริทัตกุล. การดูแลแบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. เอกสารประกอบคำบรรยายการพัฒนาเครือข่ายโรคหัวใจ. ขอนแก่น ; 2552.
10. จินตนา ชมพูโคตร, สมจิต แดนสีแก้ว. การทำงานของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ตำบลโพนทอง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561 ; 35(4) : 132-9.

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด The Process of Hospital Quality Development of Community Hospitals Accreditation in Roi - Et Province

จุไรรัตน์ กลางคาร* ปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์*

Jurairat Klangkan, Pratumthip Summart

Corresponding author : Email : jurairat111@hotmail.com

(Received: November 12,2020 ; Revised : November 25, 2020 ; Accepted : November 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนากระบวนการ และประเมินผลกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมพัฒนาคุณภาพ จำนวน 90 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การดำเนินการวิจัยมี 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการศึกษาสภาพปัญหา จากแผนปฏิบัติการ รายงานผล การดำเนินงานประจำปี และจากข้อมูลสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะที่สอง พัฒนาการกระบวนการและดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการวิจัย : พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหา 2) พัฒนาศักยภาพทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 3) ดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อน และ 4) ประเมินผล สรุป ถอดบทเรียน และคืนข้อมูล หลังจากที่น่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการในโรงพยาบาล จำนวน 9 แห่ง พบว่า ผ่านการรับรอง/การต่ออายุ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการเยี่ยมชมสำรวจโดยทีมพัฒนาคุณภาพ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมด้วยระบบที่เลี้ยงทำให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และเป็นกำลังใจ ส่งผลให้หน่วยงานผ่านการรับรองคุณภาพ

คำสำคัญ : กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ; โรงพยาบาลชุมชน

ABSTRACT

Purposes : To develop processes and evaluating process of hospital quality development of community hospitals accreditation in Roi-Et province.

Design : Research and Development Research.

Materials and methods : The participants were 90 key informants included quality development team. Data were collected by focus group discussion and review of hospital documents. All data were analyzed by descriptive statistics and content analysis. There were two phases of research : Phase I (initiating phase); was the studied of problem state to action plan annual performance report and information of the Healthcare Accreditation Institute (Public Organization): phase II (implementing phase) ; developed to processes and operate hospital quality development.

Main findings : The quality development process consists of 4 steps were : 1) study the problem state 2) develop the capacity of the hospital quality development team, 3) carry out driving activities, and 4) evaluate results, lessons and reflect. After the quality development process were carried out in 9 hospitals, 100% were passed the quality of health process accreditation on the Health care Accreditation Institute (Public Organization) : Conclusion and recommendations: This study indicated that the survey visit by the quality development team organized a learning exchange forum to prepare with mentoring system, thus the hospital personnel had knowledge about hospital quality development standards, and encouraging Resulting in the agency passed quality certification.

Keywords : Hospital Quality development ; Community Hospitals

บทนำ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กล่าวไว้ว่า รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้น บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ¹

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย พัฒนาคุณภาพบริการด้วยระบบ Hospital Accreditation และต้องผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรอง HA ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรอง HA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปี พ.ศ. 2561 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ ผู้มารับบริการด้านสุขภาพ เกิดความปลอดภัย มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นในการรับบริการ รวมไปถึงผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการมีระบบการทำงานที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งสังคมมีความคาดหวังว่าจะสามารถเข้าถึงบริการที่มี

คุณภาพ ปลอดภัยและเข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็ว จากปี พ.ศ.2542 สถานการณ์การรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมสำรวจ HA ในปี พ.ศ.2558 สูงสุดถึง 348 แห่ง หลังจากนั้น จำนวนการรับรองครั้งแรก (HA) เริ่มมีแนวโน้มลดต่ำลง อัตราการติด Focus และสถานการณ์การรับรองหมตอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากแรงจูงใจในด้านการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้หยุดไป ประกอบกับการที่โรงพยาบาลมีข้อกำหนดหลายด้านในการทำงานคุณภาพ² เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้นำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ปี พ.ศ.2560 -2564 ภายใต้วิสัยทัศน์ประชาชนชาวร้อยเอ็ดสุขภาพดี ด้วยวิถีแห่งความพอเพียง ประเด็นยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน เป้าประสงค์ เครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับมีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ การพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA³ โดยสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลโดยเครือข่ายความร่วมมือ (Quality Learning Network : QLN) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 โดยโรงพยาบาลพนมไพรเป็นผู้จัดการกลุ่มเครือข่าย (Node Manager) และในปี พ.ศ.2561 ได้เปลี่ยนผู้จัดการกลุ่มเครือข่าย เป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จนถึงปัจจุบัน จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 20 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง ในปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์การประเมินและรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลจำนวน 17 แห่ง และมีโรงพยาบาล 3 แห่ง ยังไม่เข้าเกณฑ์ฯ เนื่องจากไม่มีการให้บริการผู้ป่วยใน โดยโรงพยาบาลที่จะต้องรับการประเมินมาตรฐานคุณภาพ สถานพยาบาลจำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลเมืองสรวง และ Re-accreditation จำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 9 แห่ง ได้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) ในการกระตุ้นและเตรียมความพร้อมในการรับประเมินคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบัน

จากผลการตรวจประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 9 แห่ง ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ/การต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากระบวนการพัฒนาดังกล่าวในครั้ง นี้ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องภายในเครือข่ายจังหวัด รวมถึงจังหวัดอื่นๆ ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนากระบวนการและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

การดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ช่วงปี พ.ศ.2556 - 2559 เริ่มเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบ พี่เลี้ยง (Quality Learning Network) กับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้จัดทำแผนการทำงานของเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยง จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลให้ทีมคุณภาพของโรงพยาบาล ลงเยี่ยมกระตุ้นและชี้แนะการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป้าหมาย และระยะที่ 2 ช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2562 ทำแผนงานลงเยี่ยมโรงพยาบาล ฝึกทักษะการเป็นพี่เลี้ยงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สรุปผลการลงเยี่ยม คั้นข้อมูลให้กับโรงพยาบาลและวางแผนพัฒนาส่วนขาตร่วมกัน โดยมีที่ปรึกษาประจำเครือข่ายให้ความรู้ฝึกทักษะ และประเมินพี่เลี้ยง โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ดจำนวน 9 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยระบบพี่เลี้ยง โดยศึกษาความคิดเห็นผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า กระบวนการเยี่ยมช่วยกระตุ้นและยกระดับการพัฒนาคุณภาพได้อยู่ในระดับดีมาก (66.67%)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทำการศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเป็นผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 9 คน และทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด 9 แห่ง จำนวน 270 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นโรงพยาบาลที่จะต้องรับการประเมินมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561 และต้องเป็นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลโดยเครือข่ายความร่วมมือ Quality Learning Network (QLN) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ตุลาคม 2560 - กันยายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้แก่ จากแผนปฏิบัติการประจำปี รายงานผลการดำเนินงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และจากข้อมูลสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในส่วนข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) รวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ร้อยเอ็ด และจากแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างของทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถามของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 เป็นความคิดเห็นต่อกระบวนการเยี่ยม ส่วนที่ 3 เป็นความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อผู้เยี่ยมสำรวจ/ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ (Quality Learning Network) โดยส่วนที่ 2-3 เป็นแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เก็บข้อมูลในเดือน มกราคม – สิงหาคม 2561

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหา (Investigate the problem) 2) พัฒนาศักยภาพทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (training) 3) ดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อน (implement) และ 4) ประเมินผล สรุป ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล (evaluate and learning) หรือ Itel procedure

2. หลังจากที่น่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการ พบว่า ระยะที่ 1 (พ.ศ.2556–2559) จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) มีการพัฒนารับรอง 3 ระดับ คือ ขั้นที่ 1, 2 และขั้นที่ 3 (ผ่านการรับรอง HA) ในปี 2556 จังหวัดร้อยเอ็ดเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) กับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยจัดทำแผนการทำงานของเครือข่ายพัฒนาศักยภาพ พี่เลี้ยง จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลให้ทีมคุณภาพของ

โรงพยาบาล เยี่ยมกระตุ้นและชี้แนะการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป้าหมาย ส่งผลให้ทุกโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์การประเมินและรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 17 แห่ง ผ่านการรับรองบันไดขั้นที่ 1 และ 2 ได้ทุกโรงพยาบาล และ ผ่านการรับรอง HA (ผ่านการรับรองขั้นที่ 3) ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 16 แห่ง

ระยะที่ 2 (พ.ศ.2560 – 2562) ในปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์การประเมินและรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 17 แห่ง และมีโรงพยาบาล 3 แห่ง ยังไม่เข้าเกณฑ์ฯ เนื่องจากไม่มีการให้บริการผู้ป่วยใน โดยโรงพยาบาลที่จะต้องรับการประเมินมาตรฐานคุณภาพ สถานพยาบาล จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลเมืองสรวง และ Re- accreditation จำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 9 แห่ง ได้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) ในการกระตุ้นและเตรียมความพร้อมในการรับประเมินคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 9 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จังหวัดร้อยเอ็ดได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network) ตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ซึ่งมีทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจากทุกโรงพยาบาล คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างโรงพยาบาล

3. ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเห็นว่ากระบวนการเยี่ยมช่วยกระตุ้นและยกระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับดีมาก (66.67%)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) ในจังหวัดอำนาจเจริญที่ดำเนินการโดยจัดทำคู่มือบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาให้กับโรงพยาบาล ประชุมติดตามและจัดทีมลงไปกระตุ้นและชี้แนะการพัฒนาจัดทำโครงการพัฒนาเข้ม ส่งผลให้โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ครบทั้ง 7 แห่ง ในปี 2556 ส่งผลให้ได้รับ

รางวัล Provincial success ในระดับประเทศ⁴ ในทำนองเดียวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย (1) การเข้าร่วมโครงการ 35 แห่งนำร่อง (2) การถ่ายทอดแนวคิด HA (3) การยอมรับแนวคิด HA (4) การเรียนรู้แนวคิด HA (5) การปฏิเสธแนวคิด HA และ (6) การพัฒนาคุณภาพโดยใช้ แนวคิด QA ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย (1) การหาโอกาสในการพัฒนา (2) การดำเนินการพัฒนา (3) การเกิดแรงจูงใจ (4) การเรียนรู้เพื่อเข้าใจแนวคิด HA (5) การขยายผลการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ (6) การบูรณาการ แนวคิดคุณภาพ และระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย (1) การประเมินตนเอง (2) การเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไข (3) การรับการประเมินจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) และดำเนินการแก้ไข (4) ผู้บริหารประกาศรับนโยบาย HA ชัดเจน (5) การส่งรายงานให้ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) (6) การประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ (7) การผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล⁵ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเริ่มต้นของ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สรุปการพัฒนาคุณภาพระยะนี้อธิบายได้ 2 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลก่อนนำแนวคิด HA มาใช้ 2) การนำแนวคิด HA ลงสู่การปฏิบัติ เริ่มต้นจากปรับความเข้าใจให้ตรงกันในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล บอกความจำเป็นของการพัฒนาคุณภาพ และประกาศนโยบายที่ชัดเจนว่าจะเข้ารับการรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA และนำมาตรฐาน HA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทั่วทั้งองค์กร ระยะที่ 2 การดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ สรุปการพัฒนาระยะนี้ดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่ 1 โดยมีวิธีการดำเนินการได้แก่ 1) ปรับวิธีคิด ปรับทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพ 2) ทำความเข้าใจให้ถ่องแท้ 3) การจัดตั้งทีมงานในการพัฒนา 4) วางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา 5) สื่อสารอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

6) ประเมินตนเองหาโอกาสพัฒนาตลอดเวลา 7) ทำนาร่อง 8) จัดเยี่ยมสำรวจภายในกระตุนการพัฒนา 9) มีเวทีให้พบปะพูดคุย 10) ประเมินผลและติดตามผลการพัฒนา และ 11) ใช้กลยุทธ์กระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ระยะที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่การเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพ กล่าวได้ว่าการพัฒนา ระยะนี้ว่าการพัฒนาคุณภาพคงอยู่ และเกิดการพัฒนาคคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยทำด้วยใจ ทำอย่างต่อเนื่องทำด้วยความสุข ทำแล้วขยายผล ทำแบบผสมผสาน และทำโดยใช้เครื่องมือกระตุ้น อันได้แก่ ชุมมนุมนักปฏิบัติ (Community of Practice) และการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย Routine to Research (R2R) ทั้งนี้มีปัจจัยทำให้ประสบความสำเร็จที่สำคัญคือ ผู้นำองค์กร การมีส่วนร่วมของบุคลากร การทำงานเป็นทีม การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร การปรับปรุง เรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ความพร้อมด้านปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนา แคนนำทำงานคุณภาพที่มุ่งมั่น การใช้แผนกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การให้ความสำคัญกับความสุขของคนทำงานในการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมองค์กร การได้รับพลังอำนาจ แรงจูงใจในการทำงาน และการให้ความสำคัญกับคุณค่าของคน⁶ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นประกอบด้วย 5 กระบวนการ คือ โครงการ HA Morning talk โครงการพัฒนาคุณภาพบุคลากรเพื่อการบริการผู้ป่วยระดับสากล โครงการเตรียมฝึกอบรมการใช้เครื่องมือคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โครงการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และโครงการตรวจสอบคุณภาพจากภายในเพื่อภายนอก⁷

หลังจากที่นำกระบวนการ การพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการส่งผลให้ทุกโรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA (ผ่านการรับรองขั้นที่ 3) ในปี พ.ศ.2559 จำนวน 16 แห่ง พบผลเช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบเพิ่มพูนการใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลบ้านบึง ส่งผลให้รูปแบบเพิ่มพูนการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบ้านบึงมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) รูปแบบเพิ่มพูนการใช้

กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล บ้านบึง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบการพัฒนาและปรับปรุง การใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล (2) การสร้างพยาบาลแกนนำในแต่ละหอผู้ป่วยให้เป็นพี่เลี้ยงพยาบาลในการนำไปปฏิบัติ (3) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทัศนคติที่ดี (4) การประชุมคณะทำงานผู้รับผิดชอบการพัฒนาและปรับปรุงการใช้กระบวนการพยาบาลและพยาบาลแกนนำประจำหอผู้ป่วย (5) การสื่อสารนโยบายการใช้กระบวนการพยาบาลและรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสู่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง (6) การจัดทำแบบฟอร์มและคู่มือแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลและ (7) การจัดระบบติดตามและประเมินการใช้ และ 2) ภายหลังจากใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีความรู้การใช้กระบวนการพยาบาลค่อนข้างอ่อน (Mean = 5.14, SD = 1.64) แต่มีทัศนคติต่อการใช้กระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับดี (Mean = 4 : 37, SD = 0.35) และคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้⁸ และสอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานคุณภาพสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA ทุกระดับชั้นทั้งภาครัฐและเอกชน ในปี พ.ศ.2562² ซึ่งพบว่า ได้ดำเนินการพัฒนาโดยใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจ สร้างแรงบันดาลใจให้กับคนทำงาน ให้เกิดความภาคภูมิใจ คนทำงานอยากทำงาน ส่งผลให้กระบวนการทำงานมีความสุข สนุก และง่าย ส่งผลให้สถานพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ จำนวน 1,400 แห่ง การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าการเยี่ยมสำรวจในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ ศึกษาสภาพปัญหา (Investigate the problem) พัฒนาศักยภาพทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (training) ดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อน (implement) และประเมินผล สรุปลงสมุดทบทวนและคืนข้อมูล (evaluate and learning) หรือ Itel procedure โดยใช้เครื่องมือเข้าเยี่ยมหน่วยงานสนับสนุน (EFIRE) คือ Environment ความสะอาดด้านกายภาพ ความร้อน แสง การถ่ายเทอากาศ เส้นทางหนีไฟ ถ้าเป็นหน่วยงานทางคลินิก ให้ดูการตอบสนองเรื่องสิทธิผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่จัดเก็บและเตรียมยา Flow การไหลเวียนของกระบวนการทำงาน โดยยึดผู้ป่วย / สิ่งของเป็นหลัก

ท่าทางการทำงาน Infection control การจัดแบ่งพื้นที่การทำงาน เทคนิคการให้บริการ การจัดการกับขยะ เข็ม การล้างมือ การดูแลผู้ป่วย การปกป้องตนเอง อัตรากาการติดเชื้อ การใช้ยาฆ่าเชื้อฯ Risk ความเสี่ยง ความเข้าใจและความตระหนักในเรื่องความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ ความเสี่ยงด้านโครงสร้างกายภาพในกระบวนการปฏิบัติงาน ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในมิติต่างๆ Equipment มีเครื่องมือจำเป็นวางในที่ที่เหมาะสมหรือไม่ การจัดเก็บเครื่องมือ การทำความสะอาด การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน เพื่อความพร้อมใช้ ทักษะการใช้และการดูแลประจำวัน และเข้าเยี่ยมหน่วยงานทางคลินิก ใช้เครื่องมือ C3THER คือ Care (C) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมาะสมหรือไม่ Communication (C) ผู้ป่วยและญาติได้รับการสื่อสาร ข้อมูลที่จำเป็นและเข้าใจหรือไม่ Continuity (C) ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่ Team (T) วิชาชีพอื่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ HRD (H) ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพหรือไม่ Environment (E) สิ่งแวดล้อมเหมาะสม ปลอดภัยหรือไม่ สิ่งแวดล้อมที่จัดเก็บและเตรียมยา Equipment (E) มีเครื่องมือจำเป็นและพร้อมใช้ วางในที่ที่เหมาะสมหรือไม่ ทักษะการใช้และการดูแลประจำวัน และ Record (R) บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสมบูรณ์หรือไม่⁹

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยในครั้งนี้บุคลากรของโรงพยาบาลทุกคนควรได้รับการพัฒนาให้เข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพและกระบวนการรับรอง HA และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดทำแผนในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้จัดเวทีประชุมในการนำเสนอผลงาน นวัตกรรม เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมยินดี เพื่อเป็นแรงกระตุ้น ผลักดัน ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ต่อยอดการพัฒนาตามมาตรฐาน HA กับ Service Plan สาขาต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพในภาพเครือข่ายเพื่อร้อยเรียงการพัฒนาคุณภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ มุ่งหวังให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเข้าถึงบริการได้ในทุกระดับ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เครือข่าย QLN ยังมีสหวิชาชีพเข้าร่วมไม่หลากหลาย ซึ่งทำให้ประเด็น

การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกไม่ครอบคลุม แพทย์และพี่เลี้ยงคุณภาพบางท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการลง Site Visit ได้ ทุกครั้ง ทำให้ขาดการพัฒนาทักษะที่ต่อเนื่อง จึงเห็นควรได้รับการสนับสนุนกระบวนการพัฒนา ในด้านทรัพยากร คน เงิน ของ ข้อมูลและองค์ความรู้ ในภาพของจังหวัด/เขต/กระทรวง ในการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพ HA อย่างต่อเนื่องและบรรลุตามวัตถุประสงค์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างสูงจากท่าน ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา พี่เลี้ยงคุณภาพทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากรโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง ที่เสียสละเวลา ให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกขั้นตอน จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2563 (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล). นนทบุรี : กรม ; 2563.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2562 สรพ.นนทบุรี : บริษัททีเอ็มเบอริ จำกัด ; 2562.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. เอกสารตรวจราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2559.
4. กัลยาณี สุเวทเวทิน. การศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA จังหวัดอำนาจเจริญ.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561 ; 15(3) : 13-22.
5. จิตกิตมณี อัครชาติศรี. กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2548.
6. ราตรี ฉิมฉลอง. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2551.
7. ศิราธร มั่งทอง, ชีระ ฤทธิรอด , รัชตวรรณ ศรีตระกูล. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ : กรณีศึกษาโรงพยาบาล BBB จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561 ; 21(3) : 129-37.
8. วรณีย์ เดียววิศเรศ, จินตนา วิชรสินธุ์, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, วชิรา ลี้มเจริญชัย, รุ่ง โยยิ่ง. การพัฒนารูปแบบเพิ่มพูนการใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารพยาบาล. 2557 ; 63 : 11-20.
9. อำพัน วิมลวัฒนา. แนวคิดและทักษะการเยี่ยมชมสำรวจภายใน (Internal Survey). ใน : การอบรมหลักสูตรการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายใน (HA401); 2-4 กรกฎาคม 2557 ; ณ โรงแรมเจริญธานี จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น ; 2557. หน้า 9-15.

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) Effect of Health Care Program on New Diabetic Mellitus Type 2 on Health Literacy, Health Care Behavior and Hemoglobin A1c (HbA1c)

วารีย์ นงนุช

Waree Nongnuch

Corresponding author: E-mail: waree2508@hotmail.com

(Received: November 23,2020; Revised: November 30, 2020; Accepted: December 8, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการที่โรงพยาบาลเชิงขวัญ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 161 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 7.27 คะแนน (95% CI : 6.03, 8.49) ; คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p = .04$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.63 คะแนน (95% CI : 1.77, 3.49) และ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .001$) โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง เท่ากับ 1.29 % (95% CI : 0.98, 1.59)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โดยใช้กระบวนการที่เข้มข้น ทำให้บุคลากรได้ร่วมกันวิเคราะห์ผู้ป่วยและร่วมกันแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยครอบครัวเป็นรายบุคคล และติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ มีความเชื่อมั่น ในความสามารถ และการตัดสินใจเลือกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนส่งผลดีทาง Clinical ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผลการดูแล ; ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ; ความรู้ด้านสุขภาพ

ABSTRACT

Purposes : To study the effects of an health care program on new diabetic mellitus type 2 on health literacy, health care behavior and hemoglobin A1c (HbA1c).

Research design : We conducted a Quasi- experimental research .

Materials and methods: The samplings were new diabetic mellitus type 2 who used in this study were diabetic patients registered and serviced at Chiang Kwan Hospital from 1 October 2018 - 30 September 2019. 30of participants were met the inclusion criteria and exclusion criteria. Data were collected by using interview form. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test to determine the statistical significance level at the .05

Main findings : After intervention, new diabetics mellitus had an increased mean score on overall health literacy, compared to before intervention ($p < .001$), with an increase in mean score of 7.27 (95% CI : 6.03, 8.49) ; mean score of overall health care behavior increased, compared to before intervention ($p = .04$) with an increase in mean score of 2.63.(95% CI: 1.77, 3.49), hemoglobin A1c (HbA1c) levels were reduced compared to the before intervention ($p < .001$), with a decrease in the hemoglobin A1c (HbA1c) level of 1.29 % (95% CI : 0.98, 1.59)

Conclusion and recommendations : the results of this research indicate that the new diabetic mellitus type 2 allows personnel to analyze patients and jointly solve problems with their families individually, follow up home visits in the community, help patients understand, confidence in ability and decision-making on behavioral modifications leading to better clinical outcomes.

Keywords : Health care ; New diabetic type 2 ; Health Literacy

บทนำ

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องใหญ่ที่ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญ เพราะปฏิเสธไม่ได้ว่า ทุกวันนี้ นานาประเทศต่างระส่ำระสายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ทะยานเพิ่มสูงขึ้นอย่างแสนสาหัส ซึ่งหากประชาชนได้รับ “ภูมิคุ้มกัน” ผ่านการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ย่อมหมายถึงความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือลดพ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะไม่มุ่งเน้นให้ความรู้กับประชาชนแบบเดิมๆ หากแต่พุ่งเป้าไปที่ “การพัฒนาทักษะและศักยภาพ” ของคนและชุมชนให้สามารถค้นหาคำตอบตลอดจนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับมา เพื่อประกอบการตัดสินใจในการนำไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมซึ่งการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมี “ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ” ถือเป็น การสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน

สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับ ผู้ให้บริการได้ รวมถึงสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น และสามารถกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคไม่ติดต่อหรือ NCDs ที่เป็นปัญหาใหญ่ในระดับโลกอยู่ในขณะนี้¹

สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าใน พ.ศ.2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.30 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขได้ระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข² ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคเบาหวานตลอดชีวิต การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญ ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจากการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2533 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล สดสมในเลือด (HbA1c) < 7% มีเพียงร้อยละ 35.60³ และพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเป้าหมายทำได้ยาก เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะอ้วน และจากการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพียงร้อยละ 28 ที่มีความร่วมมือในการเข้ายาในระดับสูง ซึ่งเกิดจากการลืมรับประทานยา ใช้จ่ายตามขนาดเดิม⁴ ชี้ให้เห็นว่าทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญ กับการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพัฒนาความร่วมมือ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้วยตนเอง การใช้แนวคิด ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย กับทีมสุขภาพนั้น เป็นการส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย แนวคิดดังกล่าวเกิดจากการมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสิ่งที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม และเป็น ตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งองค์การอนามัยโลก⁵ ได้นิยามไว้ว่า ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน การปฏิบัติตัว และการจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับกับอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด มีประชากร 26,580 คน มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 1,421 คน 1,433 คน 1,542 คน และข้อมูลรายงานผลการตรวจ ระดับ HbA1c < 7% ร้อยละ 11.68, 12.77, 23.09 ในปี พ.ศ.2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีถึงแม้จะมีระดับ HbA1c < 7% มากขึ้นก็ตามในปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลเชียงขวัญมีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ 358 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 161 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและด้วยความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสำคัญ ที่มีผลลัพท์กับสุขภาพ การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม โดยเริ่มจากการพัฒนาทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ดูแลคลินิกโรคเบาหวาน จึงมีแนวคิดในการพัฒนา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบคลุมกับทีมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้มีศักยภาพในการจัดการปัญหาตนเอง ใช้ชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อพัฒนาสมรรถนะและทักษะของบุคคลตามลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พื้นฐาน 6 ประการได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและการจัดการตนเองป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁶

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสดสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการที่โรงพยาบาลเชียงขวัญ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 30 กันยายน พ.ศ.2562 จำนวน 161 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีโรคร่วม มีค่า HbA1c \geq 7 % จำนวน 52 คน อายุ 20 ปีขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมโครงการตลอด 6 เดือน (กุมภาพันธ์-กรกฎาคม พ.ศ. 2563) ช่วยเหลือตัวเองและอ่านออกเขียนได้ จำนวน 30 คน และเกณฑ์การ คัดออก คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ย้ายสิทธิการรักษา และถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ความรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 6 เดือนอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย และการลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยเดือนที่ 1

อธิบายเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ และให้ทำแบบประเมิน ทั้ง 2 ชุด คือ (1) แบบสอบถามแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ (2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังก่อนเข้าร่วมโครงการ เดือนที่ 2 อธิบายเรื่องโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เดือนที่ 3 นำแบบประเมินผู้ป่วยตอบในเดือนที่ 1 มาให้คำอธิบายเพิ่มเติมส่วนขาด (รายบุคคลพร้อมครอบครัว) เดือนที่ 4 อธิบายเรื่อง 3 อ. 2 ส. โดยใช้ Model อาหาร แผ่นพับ กล้องนมที่มีสลากคุณค่าโภชนาการ ติดข้างกล่องเดือนที่ 5 การเสริมพลัง ทักษะคิดในการเลือกปฏิบัติสิ่งๆ ให้ตนเอง เดือนที่ 6 สุ่มถามการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและการจัดการตนเองและให้ข้อมูลเพิ่มเติมผู้ป่วยประเมินแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด (1) แบบสอบถามแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (2) แบบประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังสิ้นสุดโครงการ และ 2) การทดสอบทางห้องปฏิบัติ ได้แก่ HbA1c ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน พัฒนามาจากখনทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลัยนีละไพจิตร⁷ ประกอบด้วย 9 ตอน ได้แก่ (1) ลักษณะทางประชากร (2) ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ (3) การอ่านศัพท์พื้นฐาน (4) ความสามารถในการอ่านเข้าใจตัวเลข (5) ความสามารถในการเข้าถึงและแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (6) ความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวาน (7) การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ (8) การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขในการใช้ชีวิต และ (9) การปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีข้อคะแนนที่ประเมินความรู้ถูกผิด และประเมินพฤติกรรมที่มีช่วงคะแนนแปลผลเป็นค่าคะแนนพฤติกรรม 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังสิ้นสุดโครงการก่อนเข้าร่วมโครงการ แปลผลเป็นค่าคะแนนพฤติกรรม ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่ปฏิบัติ ให้ค่าคะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ดัดแปลงจากงานวิจัยของศิริลักษณ์ กุญทอง⁸

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ 0602563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทางประชากรและสภาวะสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป จัดเป็นระดับความรู้แจ้งสูง หรือ “รู้แจ้ง” และผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 75 จัดเป็นระดับความรู้แจ้งต่ำ หรือ “รู้จึก” และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยใช้สถิติทดสอบ (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.30%) อายุตั้งแต่ 51- 60 ปี (40.00%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา (36.67%) สถานภาพสมรสคู่ (63.34%) อาชีพเกษตรกร (60.00%) ผู้ดูแลที่บ้าน เป็นภรรยาหรือสามี (60.00%) การรับรู้สุขภาพของตนเองว่าร่างกายไม่แข็งแรง แต่ดูแลตนเองได้ (63.34%) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (n=30)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	11(36.70)
	หญิง	19(63.30)
อายุ	40 ปีลงมา	6(20.00)
	41-50 ปี	10(33.30)
	51 – 60 ปี	12(40.00)
	61 ปี ขึ้นไป	2(6.60)
	(Mean = 48.3, SD.= 9.28)	
การศึกษา	ประถมศึกษา	11(36.7)
	มัธยมศึกษา	11(36.7)
	ปริญญาตรีขึ้นไป	8(26.7)
สถานภาพสมรส	คู่	19(63.4)
	หม้าย หย่า/แยก	11(36.6)
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	18(60.00)
	รับจ้าง	5(16.70)
	ข้าราชการ	7(23.30)
ผู้ดูแลหลักที่บ้าน	ภรรยา/สามี	18(60.00)
	พ่อ-แม่ / บุตร	9(30.00)
	ญาติพี่น้อง	3(10.00)
ภาวะสุขภาพของท่าน	ร่างกายแข็งแรง	11(36.60)
	ไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้	19(63.30)

2. หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มเท่ากับ 7.27 คะแนน (95% CI : 6.03, 8.49) ; คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน

การทดลอง ($p = .04$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มเท่ากับ 2.63 คะแนน (95% CI : 1.77, 3.49) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .001$) โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเท่ากับ 1.29 % (95% CI : 0.98, 1.59) ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความถาม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean diff.(95%CI)	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม	15.67(4.72)	22.93(3.50)	7.27(6.03,8.49)	< .001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	2.30(1.08)	3.03(1.70)	2.63(1.77,3.49)	.04
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	8.16(0.60)	6.87(0.51)	1.29(0.98,1.59)	< .001

วิจารณ์

โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เป็นการใช้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจทักษะ และมีพฤติกรรมที่จะส่งผลให้ค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มมากขึ้น ซึ่งรูปแบบหรือกิจกรรมที่เติมเต็มให้กับผู้ป่วยทุกคนจะใช้หลักของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทั้ง 6 ด้าน และดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านทุกเดือนเป็นจำนวน 6 ครั้ง นำมาวางแผนร่วมกับวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน ได้แก่ ไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทำให้ถึงเป็นโรคเบาหวาน ผลข้างเคียงในการรับประทานยาการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 ต่อ 2 สมากที่สุดเพื่อไม่ให้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมน้ำตาลไม่ได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมากมาย ในที่สุด

กิจกรรมในแต่ละช่วงแต่ละครั้งที่เติมเต็มให้กับผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการวิเคราะห์ร่วมกันในทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาหารหลักในครัวเรือนจำเป็นต้องมีผู้ประกอบอาหารหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มหรือรายบุคคล รวมถึงการลงเยี่ยมบ้านเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลในชุมชน ซึ่งความร่วมมือกันดูแลและรับทราบสิ่งที่ยังขาดและจะเติมเต็มอย่างไร ทำให้เกิดการยอมรับและส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัว ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ เยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ และส่งเสริมให้ญาติช่วยดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยนั้น

ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญและมากกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การดูแลตามปกติ และจากการศึกษา¹⁰ ที่ได้ใช้การให้ความรู้ ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเองรายบุคคล ติดตามเยี่ยมบ้าน เมื่อเดือนที่ 3 พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะส่งพบแพทย์ พบว่า การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวทำให้ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยก่อนการพัฒนาและระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบกับทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมารับบริการและทีมไปเยี่ยมบ้านเป็นทีมเดียวกันที่มีความสนิทสนม ลดอุปสรรคในการสื่อสารที่จะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ที่พบว่ารูปแบบการสื่อสาร การให้ข้อมูลระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยมีลักษณะการให้ข้อมูลซ้ำๆ ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การสื่อสารในขณะที่เร่งรีบ มีความเกรงใจแพทย์ พยาบาล ความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลของตนเองได้และทราบว่าตนเองยังไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ในขณะที่แพทย์ไม่ได้สอบถามข้อจำกัดหรือร่วมกันหาวิธีการที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน ความรู้สึกไม่มั่นใจในการสอบถามกับแพทย์ พยาบาล¹¹

ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบแตกต่างกัน แต่ความต้องการความช่วยเหลือด้านการอ่านและการกรอกข้อมูลสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยไม่มั่นใจในการพูดคุยได้ตอบกับแพทย์พยาบาล อาจเกิดจากความรู้สึกผิดในตนเอง มีความกังวลกลัวโดนดู ความรู้สึกไม่

มั่นใจในการสอบถามเห็นว่าตนเองพูดไม่เก่งกลัวถามอะไร
ในสิ่งที่ไม่สมควรถาม บรรยากาศที่เร่ร่อนไม่กล้าพูดเพราะ
มีผู้ป่วยอีกมาก จึงเกรงใจในการถามหรือปรึกษาข้อจำกัด
ของตนเองที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล
จึงใช้วิธีรับฟังและไม่ถามต่อ¹¹ ประกอบกับลักษณะของ
ผู้ป่วยอำเภอเชียงขวัญที่มาโรงพยาบาลจะมีผู้ดูแลมาด้วย
เพื่อมาประสานกับบุคลากร ไม่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการเอง
โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากผู้ป่วยจะมาเจาะเลือด
แล้วลงไปรับประทานอาหารที่พื้นที่จัดไว้ให้ผู้ป่วยรับ
ประทาน จะให้ญาติเป็นผู้นั่งรอการให้ความรู้ การปฏิบัติตัว
หรือรับฟังสื่อวีดิทัศน์ในช่วงขณะรอพบแพทย์ จนแพทย์มา
ตรวจญาติจึงลงไปตามผู้ป่วยขึ้นมาตรวจ

ส่วนข้อมูลทางห้องปฏิบัติการพบว่า ก่อนการทดลอง
ผู้ป่วยได้รับการประเมินทางห้องปฏิบัติการ คือ HbA1c
ค่า <7% จำนวน 30 คน หลังการทดลองพบ HbA1c
<7 % (53.33%) จากกิจกรรมที่ดำเนินการเป็นขั้นตอน มี
การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ มีมุมมองที่แตก
ต่างกันได้ทบทวนผู้ป่วยรายบุคคล โดยเฉพาะที่ยังควบคุม
ระดับน้ำตาล (FBS) ไม่ได้ ให้บริการทั้งที่โรงพยาบาลและที่
บ้านผู้ป่วย โดยร่วมกับการช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัว
เป็นกระบวนการที่เน้นการให้กำลังใจ พูดคุยที่ไม่เร่ร่อนและ
มีความใกล้ชิดทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลและโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ร่วมดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจาก
งานวิจัยนี้ได้ทดลองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ยังมี
อวัยวะและระบบในร่างกายดีมาก ยังไม่ถูกทำลายจากระดับ
น้ำตาลในเลือดที่สูงมานาน มีอายุไม่มากนัก เฉลี่ย 48.33 ปี
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรี (63.33%)
และส่วนมากจะมีการแสวงหาข้อมูลสุขภาพกับแพทย์
พยาบาล บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ
อาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีโรค
ร่วมจึงทำให้การกลับมาควบคุมระดับน้ำตาลได้ดั่งใจมาก
ความสนใจและความต้องการของผู้ป่วยทุกคนมีเป้าหมายที่
ไม่ต้องการเป็นโรคเบาหวานและมีความหวังที่จะได้เป็นโรค
เบาหวานที่ควบคุมได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยและไม่ได้รับประทานยาทำให้การปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมส่งผลให้ค่า HbA1c หลังการทดลองมีความแตก
ต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษา¹² ที่พบ
ว่าปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับ

ความฉลาดด้านสุขภาพและพบว่า องค์ประกอบของความ
ฉลาดด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แปรผันตามกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. การทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาท
สำคัญ ในการจัดการกำกับดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ให้ความรู้ให้คำ
ปรึกษา รวมถึงเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้สำเร็จได้
2. ศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากัน การค้นหา
ปัญหาาร่วมกันในผู้ป่วยแต่ละรายจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะนำไป
สู่การร่วมคิด ร่วมปรับปรุงให้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูแล
ตนเองเพิ่มมากขึ้น
3. ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
อย่างยิ่ง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เพราะได้รับความ
กรุณา และช่วยเหลือเป็นอย่างดี จาก นางนริศรา พันธุ์ศิลา
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัด
ร้อยเอ็ด ที่กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่อง
ต่าง ๆ จนแล้วเสร็จได้ทันเวลาถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม
รูปแบบ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้
ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ทินเทวี ภูธธา ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเชียงขวัญ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงขวัญ
และผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ
ในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กลุ่มงานสื่อสาร
สังคม. ฝึกแผนโลก-ระดมแผนชาติสร้างความรอบรู้
ความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย. นนทบุรี : สำนัก ; 2561.
2. ชัชลิต รัตตสาร. สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือ
เพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย
[อินเทอร์เน็ต] ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2563].
เข้าถึงได้จาก : shorturl.at/agivL

3. ปกาศิต โอวาทกานนท์. ผลการดูแลรักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความสำคัญกับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล. ศรีนครินทร์วารสาร 2554 ; 26(4) : 339-49.
4. ธเนศวุฒิ สายแสง, วีระศักดิ์ จิตไธสง, กนกรัศมี สุทธิประภา, สุวรรณภา ภัทรเบญจพล. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิจังหวัดอุบลราชธานี. ใน The 6th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2014 "A Celebration of 100 years of Thai Pharmacy and 20 Years of UBU Pharmacy" Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubonrat chathani University, Thailand ; 1-2 กุมภาพันธ์ 2557 ; คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. อุบลราชธานี ; 2557.
5. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary [Internet] ; 1998 [cited 2020 March 1]. Available form : www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/
6. นิตรา กิจธีระวุฒินงษ์. การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558, 8(2) ; 68 -75.
7. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลย์นิละไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี : กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ; 2559.
8. ศิริลักษณ์ ฤงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2557.
9. มยุรี เทียงสกุล, สมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562 ; 28(4) : 696-710.
10. อนุชา วรหาญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเลาขวัญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561 ; 12 (27) : 5-22.
11. อารยา เชียงของ. ผลการพัฒนาคำรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2561.
12. วรณรัตน์ รัตนวรารงค์, วิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2561 ; 24 (2) : 34-51.

ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธผู้รับการบำบัดการใช้ยาบ้า The Effects of Buddhist Empowerment Program in Methamphetamine use Patients

โชคนิติพัฒน์ วิสุณ*

Choknitiphat Wisoon

Corresponding author: E-mail: chokniti@hotmail.com

(Received: December 1,2020; Revised: December 8, 2020; Accepted: December 21, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดของผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ และเปรียบเทียบผลการบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธกับผลการบำบัดในปีที่ผ่านมา

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เสพยาบ้าที่มาขึ้นทะเบียนเพื่อเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ทั้งหมดในช่วง เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561 จากการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งหมด 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบ คัดกรอง Assist และแบบบันทึกผลการบำบัด เป็นคำถามปลายเปิด 2) โปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 และติดตามหลังจบโปรแกรมบำบัด 90 วัน ในช่วง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย : หลังการบำบัดครบโปรแกรม ผู้รับการบำบัดมีคะแนนการคัดกรองเฉลี่ยน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัด ($p < .001$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ลดลงเท่ากับ 12.41 คะแนน (95% CI :11.02, 13.79) และผลการบำบัดผู้เสพยาบ้าตามโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ คะแนนการคัดกรองเฉลี่ย ปี พ.ศ. 2562 มีค่าน้อยกว่า ปี พ.ศ. 2561 ($p < .001$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ลดลงเท่ากับ 2.18 คะแนน (95% CI : 0.53, 3.80)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาที่ได้ ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมบำบัดต่างๆได้ เช่น การเลิกสุรา การเลิกบุหรี่ การเสริมพลังอำนาจครอบครัวเพื่อสนับสนุนให้ผู้ติดยาเลิกเสพได้

คำสำคัญ : การเสริมพลังอำนาจ ; เสริมพลังอำนาจวิถีพุทธ ; ผู้เสพยาบ้า

ABSTRACT

Purpose : To compare the therapeutic effects of methamphetamine users before and after therapy with the Buddhist empowerment program and to compare the results of the Buddhist empowerment program with the results of the treatment in the past year.

Design : Research and Development

Materials and Methods : The sample is Methamphetamine users who were registered for outpatient treatment at the narcotics clinic, between October - December 2018 selection from Inclusion - Exclusion criteria 100 people. There are 2 types of research tools. Including 1) The tools used for data collection consist of personal information questionnaires, Assist screening, And record of treatment results Use open-ended questions 2) Buddhist empowerment program. Data were collected by interviewing sample subjects during 1 October - 31 December 2018, 120-day program therapy, and follow up after the 90-day therapy program in August 2019, Analyze using descriptive statistics such as mean, standard deviation, and The inferential statistics were pair t-test and Independent t-test.

Main findings : After the complete program Treatment recipients had a lower mean screening score compared to prior treatment ($p < .001$), with a lower mean score of 12.41 (95% CI : 11.02, 13.79). Results of treatment of methamphetamine users according to the Buddhist empowerment program the average screening score of 2019 was less than that of 2018 ($p < .001$), with a decrease in the mean score of 2.18 (95% CI: 0.53, 3.80).

Conclusion and recommendations : From the study obtained It can be used as a guideline in occupational therapy such as alcohol therapy and smoking cessation. Family empowerment to support drug addicts to stop using drugs.

Keywords : Empowerment ; Buddhist empowerment ; Methamphetamine use

บทนำ

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในประเทศไทยมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาที่รุกรานและทำลายความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะยาบ้า จะมีผลกระทบทางลบต่อทั้งระดับบุคคลและสังคม โดยฤทธิ์ของยาบ้ามีผลต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดโรคสมองติดยา เกิดอาการทางจิต ประสาทหลอน หลงผิด ซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว ขาดความสนใจในตนเอง เมื่อมีการเสพติด ก็มีความต้องการใช้ยามากขึ้น สามารถทำทุกอย่างเพื่อให้ได้ยามาเสพ ตั้งแต่การลักขโมย ไปจนถึงการเป็นผู้ขายยาเอง หรือแม้กระทั่งการขายตัว ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมต่างๆ ตามมาอย่างรวดเร็ว เช่น ปัญหาอาชญากรรม โจรกรรม ปัญหาโสเภณี นอกจากก่อให้เกิดผลเสียโดยตรงต่อตัวผู้เสพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การสาธารณสุข การเมืองและความมั่นคงของชาติ¹ ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จนเป็นวาระแห่งชาติ มีการทำค่ายบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามหลังการรักษา แต่แนวทางเหล่านี้ อาจไม่สามารถทำให้ผู้ติดยาบางรายตระหนักและยอมรับปัญหา และเกิดการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะหาวิธีการช่วยเหลือผู้ติดยาบ้า ให้สามารถหลุดพ้นจากอันตรายของยาเสพติด ได้อย่างยั่งยืน คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้มีการสำรวจข้อมูลผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ในปี 2556 และ 2557 พบว่า ในประเทศไทยมียาเสพติดแพร่ระบาดมากที่สุดคือ แอมเฟตามีนและยาไอซ์ คิดรวม เป็นร้อยละ 88.7 และ 89.7 ตามลำดับ ถัดไปเป็นกัญชา ร้อยละ 4.7 และ 4.1 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อ เทียบกับสถิติการจับกุมย้อนหลัง 2 ปี พบว่าแอมเฟตามีนยังคงเป็นยาเสพติดที่มีคดีการจับกุมมากที่สุด² รัฐบาลจึงให้ความสำคัญและถือว่าปัญหาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติที่ต้องดำเนินการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง จาก ข้อมูลทางสถิติผู้เข้ารับการรักษาเสพติด ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2559 มีผู้ป่วยที่เสพติดแอมเฟตามีนมาเข้ารับการรักษาบำบัดมากที่สุดและมีจำนวน 5,096, 4,438, 3,743 2,317 และ 2,376 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 52.45, 55.75, 52.93 40.89, และ 40.26 ของจำนวนผู้ป่วยยาเสพติด

ทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิงถึง 6 เท่า³ ปัญหาที่พบมากที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด คือการกลับไปเสพ จากการสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555-2559 ที่พบว่า มีผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ามารับการบำบัดมากกว่าหนึ่งครั้ง จำนวน 2,242 (30.06%), 1,649 (20.72%), 1,723 (24.37%), 1,451 (25.61%) และ 1,624 (27.52%) ราย ตามลำดับ จากการศึกษานโยบายเหตุของการกลับไปเสพติด แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยเกี่ยวกับยาและฤทธิ์ของยา (Agent) ปัจจัยตัวผู้เสพยา (Host) และ ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environment) ในส่วนปัจจัยเกี่ยวกับยาและฤทธิ์ของยา (Agent) แอมเฟตามีนหรือยาบ้า จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอารมณ์เคลิ้มสุข (Euphoria) จึงมีการใช้ยาอย่างผิดๆ (Drug abuse) และเกิดการเสพติดยา (Drug addiction) ตามมา และหากมีการใช้อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวันจนถึงขั้นติดจะไม่สามารถหยุดเสพยาได้ ต้องแสวงหาเสพยาเพื่อให้ร่างกายเกิดความทนต่อยา (Tolerance) ผู้เสพยาต้องเสพยาในขนาดเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ในการทำให้อารมณ์เคลิ้มสุขเหมือนเดิม หรือยาในขนาดเท่าเดิมไม่สามารถทำให้อารมณ์เคลิ้มสุขอีกต่อไป⁴ หากหยุดเสพยาจะทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายคือ นอนไม่หลับ ไม่มีแรง แม้ว่าอาการดังกล่าวจะไม่มากนัก แต่ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ต้องกลับไปเสพติดเพื่อให้อาการหายไป⁵ ปัจจัยจากตัวผู้เสพยา (Host) เช่น สภาพการเจ็บป่วยของร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยยาระงับอาการปวดที่เป็นอนุพันธ์ของฝิ่น การมีสภาพจิตใจและบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มจะใช้สารเสพติดอยู่แล้ว เช่น ผู้มีบุคลิกภาพอ่อนแอไม่แข็งแรง อารมณ์ว้าวุ่นหรือเป็นโรคจิตประสาทหรือปัญหาอ่อน เป็นต้น นอกจากนี้ ในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากที่สุด เนื่องจากเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองและซุกซนได้ง่าย⁶ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลให้ผู้เสพยาบ้า กลับไปเสพติดได้ เช่น สภาพแวดล้อมที่กดดัน อยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นก่อให้เกิดความคับข้องใจ อึดอัดและไม่มีความสุข ขาดความรัก ขาดความเข้าใจและความผูกพันกันในครอบครัว⁶ ขาดเพื่อน ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หนี้สินมาก ค่าใช้จ่ายเพิ่มโดยมีรายได้ลดลงหรือคงที่ ว่างงาน

ยากจน การทำงานหนัก เป็นต้น และสภาพแวดล้อมที่เป็นสื่อชักนำให้เกิดการเสพติด เช่น มีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด เสพยาเสพติด อยู่ใกล้แหล่งขายหรือใกล้แหล่งผลิต หรือเป็นผู้ขายหรือผู้ผลิตเอง จึงทำให้มีโอกาสติดยาเสพติดมากกว่าคนทั่วไป สถานที่พักอาศัยอยู่ในแหล่งค้ายาเสพติด ในครอบครัวมีผู้เสพยาเสพติด การคบเพื่อนที่ติดยาเสพติด การเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย⁷

กระบวนการเสริมพลังอำนาจ มีหลักคือ ให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาปัญหาได้ด้วยตนเองผู้บำบัดเป็นผู้สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง หรือชี้แนะส่งเสริมพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถจัดการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง จากนั้นผู้รับการบำบัดจะเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติที่ยั่งยืน กระบวนการเสริมพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน⁸ คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกใช้วิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยที่ผ่านมามีการนำเอากระบวนการเสริมพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยหลายกลุ่ม มีงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาช่วยควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้โดยจัดสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การศึกษาของ ยูวตี รอดจากภัย⁹ ศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น พรทิพย์ คงสัตย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี และสวัสดี เทียงธรรม¹⁰ ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุรามีการจัดการพฤติกรรมที่ดีขึ้นหลังพ้นภาวะถอนพิษสุราได้ดี จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากระบวนการเสริมพลังอำนาจส่งผลต่อการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง เปิดให้บริการคลินิกบำบัดสารเสพติดแบบ

ผู้ป่วยนอกทุกวัน ให้บริการ บำบัดรักษาผู้ติด ผู้เสพยาเสพติดทุกชนิด รวมทั้ง สุรา และ บุหรี่ โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ติด และผู้เสพยาบ้าในปี 2559 ร้อยละ 96.5 ปี 2560 ร้อยละ 97.07 ปี 2561 ร้อยละ 98 ซึ่งในปี 2561 มีการจำหน่ายครบโปรแกรม ร้อยละ 74.0 ขาดการรักษา (Drop out) ร้อยละ 26.0

จากการทบทวนวรรณกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พบเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วยเสพยาบ้ายังมีน้อย ที่พบก็เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยนอกมีน้อยมากด้วยความพยายามที่จะให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเข้ารับการบำบัดจนครบโปรแกรม และสามารถหยุดเสพยาได้โดยไม่กลับไปเสพยาซ้ำ คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จึงได้นำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ร่วมกับวิถีพุทธมาใช้ในผู้เสพยาบ้าที่มารับบริการที่คลินิกยาเสพติด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมและเปรียบเทียบผลการบำบัดของผู้เสพยาบ้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มารับการบำบัดที่คลินิกยาเสพติด ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561 ในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้เสพยาบ้าที่มาขึ้นทะเบียนเพื่อเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ทั้งหมดในช่วง เดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2561 ทั้งหมด 123 คน จากการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเพศชาย ที่เสพยาบ้า ประเมินจากคะแนน ASSIST ระหว่าง 4- 26 คะแนน
2. มีความยินดีและเต็มใจเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม

3. สามารถเข้าใจการสนทนาได้ต่อぶりเรื่องสื่อสารภาษาไทยได้

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต หูแว่ว ภาพหลอน หรือมืออาการเพ้อคลั่ง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ติดยาบ้า ประเมินจากคะแนน ASSIST 27 คะแนนขึ้นไป

2. มีโรคประจำตัวทางกายอื่นๆ เช่น วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรังมีความผิดปกติในการทำงานของตับ และไตขั้นรุนแรง โรคติดต่อที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่น

3. มีการใช้สารเสพติดหลายชนิดเช่นสารระเหย เฮโรอีน มอร์ฟิน และยาเสพติดอื่นๆ

ในการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้รับการบำบัดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แบบเจาะจง (purposive sampling) ในช่วงเวลาที่กำหนดได้จำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เสพ ประเภทของการเข้ารับการบำบัด ผลการบำบัด ผลการติดตามหลังบำบัด

1.2 แบบคัดกรอง Assist เป็นแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด ที่ได้รับการพัฒนาภายใต้การสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โดยทีมงาน นักวิจัยและแพทย์ ด้านสารเสพติดจากนานาชาติ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุข อันเป็นผลกระทบจากการใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งระบาดไปทั่วโลก¹¹ แบบคัดกรอง ASSIST (ฉบับ 3.1) ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม โดยให้บุคลากรสุขภาพ เป็นผู้สอบถามผู้มารับบริการแล้วบันทึกผล ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

1.3 แบบบันทึกผลการบำบัด เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดเห็นจากการทำกิจกรรม

บำบัดในแต่ละครั้ง และผู้บำบัดประเมินผลการบำบัดจากการทำกิจกรรมกลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม

2. เครื่องมือที่ใช้ในกิจกรรมบำบัด ได้แก่ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ

โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธสำหรับผู้ป่วยเสพยาบ้ารายบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Gibson (1995)⁸ ร่วมกับวิถีพุทธ ตามหลัก อริยะสัจ 4 ซึ่งผู้วิจัยสามารถร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอทางเลือก และให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยส่งเสริมผู้ป่วยในกระบวนการที่เหมาะสมในแต่ละขั้นของการเสริมพลังอำนาจดังต่อไปนี้ 1) ขั้นการค้นพบสถานการณ์จริง ตรงกับหลักอริยะสัจ 4 คือทุกข์ 2) ขั้นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ ตรงกับหลักอริยะสัจ 4 คือสมุทัย เหตุแห่งทุกข์ 3) ขั้นตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม ตรงกับหลักอริยะสัจ 4 คือนิโรธ สิ่งที่ใช้ดับทุกข์ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกับหลักอริยะสัจ 4 คือมรรค แนวทางการดับทุกข์

การตรวจสอบความตรง (Validity) ของโปรแกรมผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ ที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับ

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาโปรแกรม แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบมีการแก้ไขจนสมบูรณ์ตามคำแนะนำ จากนั้นจึงไปทดลองใช้ในผู้มารับการบำบัด ประเมินผลการใช้โปรแกรมจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและการทำกิจกรรมในกลุ่ม แต่ละขั้นตอนของโปรแกรม จนได้โปรแกรมเสร็จสมบูรณ์

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาขึ้นทะเบียนเพื่อเข้ารับการบำบัด ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ คือ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะไม่นำเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคลแต่จะสรุปเป็นภาพรวม และคำตอบของกลุ่มจะไม่มีผลกระทบ

ใดๆ ทั้งสิ้นต่อตัวของกลุ่มตัวอย่าง และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยตลอดเวลา โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น จากนั้นให้ลงชื่อหากยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ใช้แบบคัดกรอง Assist v.3.0 ในการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา และใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจนเสร็จ ทั้งหมดในช่วง เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2561 และนัดหมายสถานที่เวลาในการดำเนินการกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรม 120 วัน ในช่วง เดือนมกราคม- เมษายน 2562 ที่ห้องทำกิจกรรมบำบัดคลินิกฟ้าใส

ขั้นตอนกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรม 4 เดือน

ขั้นที่ 1 พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยพยาบาลแนะนำตนเอง และแนะนำ อธิบายจุดประสงค์ของโปรแกรม และถามความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรม เปิดโอกาสและสนับสนุนให้ครอบครัว คนใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการเสริมพลังอำนาจเพื่อการเลิกเสพยาบ้า

ขั้นที่ 2 ผู้เข้ารับการรักษา นั่งสมาธิฝึกจิตให้สงบ 10 - 20 นาที ทุกครั้งก่อนดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการบำบัดของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ จากนั้นก็ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมบำบัด

ขั้นที่ 3 สรุปผลการบำบัดในแต่ละครั้ง พร้อมบันทึกข้อมูลการทำกิจกรรมบำบัด ประเมินสภาพจิต และความพร้อมในการเลิกเสพยา ตรวจปัสสาวะสารเสพติดในร่างกาย นัดหมายครั้งต่อไป

ขั้นที่ 4 การติดตามหลังการบำบัด หลังจบโปรแกรมบำบัด จะนัดผู้เข้ารับการรักษาทุก 1 เดือน เพื่อติดตามการเสพยา และการใช้ชีวิตประจำวันโดยไม่ใช้ยา และติดตามหลังการบำบัดต่ออีกจนครบ 90 วัน ในช่วงเดือนสิงหาคม 2562 จะใช้แบบคัดกรอง Assist V.3.0 คัดกรองผู้ป่วยครั้งสุดท้าย เพื่อประเมินผลการบำบัด

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ให้ความสำคัญ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของข้อมูลผู้เข้าร่วมศึกษา ผู้ศึกษาต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง และผู้อื่น ดำเนินการศึกษาตามแนวทางของการศึกษาวิจัย อย่างเคร่งครัด ไม่มี

อคติ เก็บข้อมูลและนำเสนอตามความเป็นจริง ปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่เปิดเผยชื่อ - สกุล นำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมและใช้รหัสห้ามมีการเชื่อมโยงข้อมูลถึงตัวบุคคล นำเสนอผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางที่ชอบ เพื่อประโยชน์ของสังคมตามวัตถุประสงค์ ไม่ใช่ผลงานวิจัยในทางที่มีชอบ หรือทำให้ผู้อื่นเสียหาย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 51/61

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบคัดกรองที่ได้คำตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลคะแนนการคัดกรอง ใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ ประเมินผล ก่อน และหลัง ใช้ dependent t -test และประเมินผลระหว่างปี 2561 กับ 2562 ใช้ Independent t -test
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหาทั้งขั้นตอน (step) และกระบวนการ (process) ตามการเสริมพลังอำนาจที่พบในผู้บำบัดพร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์จากการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดในผู้รับการบำบัดทุกขั้นตอนของการทำกิจกรรม

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ อายุที่เริ่มใช้ครั้งแรก สาเหตุที่เริ่มใช้ยา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในปีที่ศึกษาคือ ปี 2562 มีอายุเฉลี่ย 28.0 ปี (SD. 7.84, Min = 16, Max = 45) อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาบ้า 20.56 ปี (SD. 7.54, Min = 13, Max = 62) สถานภาพสมรส (60.00%) โสด จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (40.00%) รองลงมาเป็น ประถมศึกษา

(30.00%) และมีมัธยมศึกษาตอนปลาย (19.00%) ตามลำดับ ประกอบอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน (42.00%) รองลงมา รับจ้าง (29.00%) และเกษตรกร (11.00%) ตามลำดับ สาเหตุที่เริ่มใช้ยาบ้าครั้งแรก คือ อายากลอง (43.00%) รองลงมาคือเพื่อน

ชวน (42.00%) ทำให้หายป่วย (11.00%) ตามลำดับ ผลการบำบัดครบโปรแกรม อยู่ที่ (80.00%) และผลการติดตาม 3 เดือนหลังจบโปรแกรมแล้วไม่ไปเสพยา (97.00%) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อายุของกลุ่มตัวอย่างรายปี จำแนกตามอายุ (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ปี 2562	ปี 2562
	mean(SD.)	mean(SD.)
อายุ	26.66(7.20)	28.0(7.84)
	Min = 16, Max = 44	Min = 16, Max = 45
อายุที่เริ่มใช้ยาบ้า	19.18(5.84)	20.56(7.54)
	Min = 13, Max = 46	Min = 13, Max = 62

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง รายปี จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ปี 2561	ปี 2562
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
สถานภาพสมรส		
โสด	80(80.00)	60(60.00)
คู่	12(12.00)	20(20.00)
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	8(8.00)	20(20.00)
การศึกษา		
ประถมศึกษา	22(22.00)	30(30.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	40(40.00)	36(36.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	30(30.00)	19(19.00)
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	7(7.00)	8(8.00)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีขึ้นไป	1(1.00)	7(7.00)
อาชีพ		
เกษตรกร	6(6.00)	11(11.00)
นักเรียน/นักศึกษา	4(4.00)	5(5.00)
ผู้ใช้แรงงาน	37(37.00)	42(42.00)
รับจ้าง	29(29.00)	29(29.00)
การค้าขาย	3(3.00)	8(8.00)

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง รายปี จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ปี 2561	ปี 2562
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ว่างงาน	21(21.00)	5(5.00)
สาเหตุที่เริ่มใช้ยาบ้า		
เพื่อนชวน	67(67.00)	42(42.00)
อยากลอง	28(28.00)	43(43.00)
เพื่อความสนุกสนาน	0(0.00)	1(1.00)
ช่วยงานอาชีพ	1(1.00)	3(3.00)
ทำให้หายป่วย	4(4.00)	11(11.00)
ผลการบำบัดครบโปรแกรม	65(65.00)	80(80.00)
ผลการติดตามไม่กลับไปเสพซ้ำ	58(89.23)	78(97.50)

ตอนที่ 2 ข้อมูลคะแนนผลการคัดกรอง Assist v3.0 และเปรียบเทียบผลการคัดกรองการดำเนินงานกับ ปีที่ผ่านมาหลังการบำบัดครบโปรแกรม ผู้รับการบำบัดมีคะแนนการ

คัดกรองเฉลี่ยน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัด ($p < .001$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ลดลงเท่ากับ 12.41 (95% CI : 11.02, 13.79) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนผลการคัดกรอง Assist v3.0 ก่อนใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ และ 3 เดือน หลังจบโปรแกรมแล้ว

ตัวแปร	Mean (SD.)	Mean diff (SE.)	95%CI		p
			Lower	Upper	
ก่อนใช้โปรแกรม	17.28(3.91)	12.41(0.69)	11.02	13.79	< .001
หลังติดตาม 3 เดือน	4.87(4.80)				

หลังการพัฒนาพบว่า ผลการบำบัดผู้เสพยาบ้าตามโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ คะแนนการคัดกรองเฉลี่ย ปี พ.ศ. 2562 มีค่าน้อยกว่า ปี พ.ศ. 2561

($p < .001$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย ลดลงเท่ากับ 2.18 คะแนน (95% CI : 0.53, 3.80) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการคัดกรองการดำเนินงาน กับปีที่ผ่านมา

ตัวแปร	Mean (SD.)	Mean diff (SE.)	95%CI		P
			Lower	Upper	
ปี 2562	4.87 (4.81)	2.18 (0.83)	0.53	3.82	<. 001
ปี 2561	7.05 (6.79)				

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพกระบวนการที่เกิดขึ้นกับผู้บำบัดในระหว่างการเสริมพลังอำนาจ

ในการดำเนินการเสริมพลังอำนาจผู้ติดยาบ้ารายบุคคลระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย 120 วัน จำนวนครั้งที่ทำกิจกรรม 16 ครั้ง มีผู้รับการบำบัดที่สามารถผ่านขั้นการตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมหยุดเสพ หลังจำหน่ายครบโปรแกรม 4 เดือน และ ติดตามอีก 3 เดือน ผลการบำบัดครบโปรแกรมอยู่ที่ (80.00%) และผลการติดตาม 3 เดือนหลังจบโปรแกรมแล้วไม่กลับไปเสพซ้ำ (97.00%)

ภายหลังกระบวนการเสริมพลังอำนาจครบทั้ง 4 ขั้นตอน ใน 120 วัน รวมทั้งการติดตามต่อเนื่องอีก 3 เดือน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยขอแนะนำกระบวนการที่เกิดขึ้นในระหว่างการเสริมพลังอำนาจในผู้รับการบำบัดตามขั้นตอนต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง ในขั้นนี้พบว่าผู้รับการบำบัดมีกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ 1) การรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น 2) การแสวงหาข้อมูล 3) การตระหนักและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยในกระบวนการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นพบว่า ผู้รับการบำบัดมีการรับรู้ถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด ก่อนที่จะเริ่มกระบวนการเสริมพลังอำนาจ ส่วนกระบวนการแสวงหาข้อมูลผู้รับการบำบัดได้มีการสอบถามผู้บำบัด ทั้งในเรื่องอาการที่เกิดขึ้น โทษและพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา รวมทั้งการศึกษาจากหนังสือสื่อวีดิทัศน์ และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการหยุดเสพ อาการถอนพิษยา กระบวนการตระหนักและยอมรับถึงปัญหาพบว่าผู้รับการบำบัดสามารถแสดงถึงการตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เมื่อผู้รับการบำบัดตระหนักและยอมรับปัญหาจะเกิดความคับข้องใจและสับสนที่หยุดเสพยา พบว่าในขั้นนี้ การที่จะทำให้ผู้ติด

ยาบ้าเกิดความมั่นใจในการที่จะเลิกเสพยา มีกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ 1) การค้นหาแนวทางที่จะเลิกยา 2) การบอกเล่าประสบการณ์การใช้ยาบ้าที่ผ่านมาทั้งที่เกิดขึ้นกับตัวเองและที่ได้พบเห็น 3) การประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมาโดยผู้รับการบำบัดจะเป็นผู้เลือกแนวทางการปฏิบัติในการที่จะเลิกเสพยาเอง โดยการประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมาว่าจะทำอะไรถึงจะเลิกเสพยาได้ การรับรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกอื่นทั้งประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ประสบการณ์ที่ล้มเหลวต้องกลับไปเสพซ้ำ ผู้รับการบำบัดสามารถทบทวนสาเหตุ ตัวกระตุ้นต่างๆ อาการถอนพิษยาที่เกิดขึ้นแล้วคิดหาแนวทางในการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น หรือการปรับกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดเจตตัวกระตุ้นน้อยที่สุด การหยุดความคิดตามวิธีการต่างๆ ของตัวเอง

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสะท้อนคิดว่าการเสพยาบ้าเป็นปัญหาและการเลิกเสพยาเป็นหน้าที่ที่ตัวเองจะต้องลงมือเอง โดยต้องมีความตั้งใจจริงในการที่จะตัดสินใจลงมือปฏิบัติ พบว่ามีกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ 1) กำหนดเป้าหมายของตนเอง 2) ทำแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน โดยผู้รับการบำบัดเมื่อรับทราบขั้นตอนการเลิกยาที่มีการกำหนดเป้าหมายให้ตัวเองตั้งคำถามว่า “ถ้าไม่ได้ร่วมตั้งวงดื่มเหล้าก็ไม่ได้เสพยา ต้องงดเหล้าให้ได้จริงๆ ถึงจะเลิกยาได้”

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้รับการบำบัด ได้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางที่ตนเองเลือกไว้ผู้รับการบำบัดรู้ถึงพลังอำนาจของตนในการแก้ไขปัญหาและคงไว้ซึ่งความรู้สึกถึงพลังอำนาจที่เกิดขึ้น มีกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ การเสริมแรงใจให้กับตัวเองได้ด้วยตัวเอง ตั้งคำถามที่ว่า “หาอะไรทำให้ตัวเองไม่ว่าง คิดถึงหน้าลูกเมียแล้วก็สงสาร อยากทำอะไรดีๆ เพื่อครอบครัว”

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธในผู้เข้ารับการบำบัดที่เสพยาบ้า เปรียบเทียบกับการดำเนินงานปีที่ผ่านมา โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ปีละ 100 คน โดยระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด ทั้งหมด 16 กิจกรรม ใช้เวลา ครั้งละ 60 – 80 นาที สัปดาห์ละครั้ง รวมระยะเวลา 4 เดือนผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ผลลัพธ์จากการพัฒนาโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจวิถีพุทธ ในปี 2562 คะแนนเฉลี่ย ผลการคัดกรอง การใช้ยาบ้าในผู้รับการบำบัดลดลง เนื่องจากได้มีการพัฒนาจากรูปแบบเดิมโดยการใช้แนวทางตามหลัก อริยสัจ 4 ผู้เข้ารับการบำบัดจะได้รับการฝึกจิตเพิ่มโดยการนั่งสมาธิและกำหนดลมหายใจ ทุกครั้งก่อนดำเนินกิจกรรม ชั้นที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง ผู้รับการบำบัดมีการค้นหาตัวตน ทำความรู้จักกับตัวตนมากขึ้นโดยใช้แนวทางพิจารณาทุกข์ จาก ชั้นที่ 5 รูปเวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ ทำให้รู้ความ เป็นมาของตนเอง ความอยากได้ อยากมี สาเหตุหลักๆ ที่ทำให้ตัวเองเสพยา แล้วนำไปสู่ การสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณ พิจารณาความอยากที่เกิดจาก ชั้นที่ 5 กับความรู้เรื่องโรคสมองตึดยา และผลเสียที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง ในช่วงที่ผ่านมา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในกลุ่มผู้รับการบำบัดทำให้รับรู้ถึงปัญหาของตนเอง นำไปสู่ การตัดสินใจที่จะเลิกตามสถานการณ์ต่างๆ ทั้งโดยวิธีหยุดทันที และค่อยๆ หยุดในกรณีที่ยังไม่สามารถหยุดได้ทันที ก็ให้ได้รับอันตรายจากการใช้ยาให้น้อยที่สุดตามแนวทางของ Harm reduction (WHO)¹¹ โดยวิธีที่จะช่วยให้สามารถเลิกได้และไม่กลับไปเสพยาโดยการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมี ประสิทธิภาพคือการเรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิตประจำวัน โดยการพิจารณาทางพันธุศาสตร์ ซึ่งมี องค์ 8 ข้อ ในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษา¹² เรื่องผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเอง ของผู้เสพยาบ้าที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจมีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มการควบคุมตนเอง ในผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดในชั้นที่ นพุ สมรรณภาพได้ และการศึกษา¹³ เรื่อง ผลของโปรแกรมการ เสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมกรรมของผู้ติดยา พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถทำให้ผู้ติดยาลด

ละ เลิกพฤติกรรมกรรมกรรมได้ จึงควรสนับสนุนให้สถานพยาบาล นำไปปรับใช้ในการบำบัดผู้ติดยา เพื่อลดผลกระทบต่อต่างๆ ที่ผู้ติดยาได้รับจากการติดยาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การเสริมพลังอำนาจที่เกิดขึ้น ในผู้รับบริการทั้ง 100 รายที่สามารถหยุดเสพยาได้ 80 ราย ไม่กลับไปเสพยา 78 ราย (97.5%) ผู้รับการบำบัดสามารถเข้าสู่กระบวนการ เสริมพลังอำนาจได้ ตามขั้นตอนต่างๆ อย่างเหมาะสมโดย มีกระบวนการที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นคือ 1) ขั้นตอนการค้น พบสถานการณ์จริง กระบวนการที่เกิดขึ้นคือ 1) การรับรู้ ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น 2) การแสวงหาข้อมูล 3) การตระหนัก และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ผู้รับการ บำบัดตระหนักถึงปัญหาโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และ ให้ข้อมูลที่เหมาะสมเฉพาะราย สื่อการสอนโรคสมองตึดยา และสถานการณ์ยาเสพติดที่เกิดขึ้นจริงในสังคม 2) ขั้นตอน การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ มีกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ 1) การค้นหาแนวทางที่จะเลิกยา 2) การบอกเล่า ประสบการณ์การใช้ยาบ้าที่ผ่านมาทั้งที่เกิดกับตัวเองและ ที่ได้พบเห็น 3) การประเมินผลจากการปฏิบัติที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยใช้แนวทางการศึกษา และค้นหาตัวกระตุ้น และ ใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดค้นหาวิธีการจัดการกับ ปัญหา และทางเลือกในการหยุดเสพยาให้กับตัวเอง 3) ขั้นตอนตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม กระบวนการที่เกิดขึ้นคือ 1) กำหนดเป้าหมายของตนเอง 2) ทำแนวทาง ปฏิบัติให้ชัดเจนโดยผู้วิจัย ใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัด กำหนดเป้าหมายด้วยตัวเองรวมทั้งวางแผนทำแนวทาง ปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนชัดเจน 4) ขั้นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ อย่างมีประสิทธิภาพกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ การเสริม แรงจูงใจให้กับตัวเอง

โดยรวมแล้ว กระบวนการที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด ที่เข้ารับการบำบัดตามกระบวนการเสริมพลังอำนาจในการ ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ รับรู้ถึงปัญหา การค้นหาทางเลือกในการ แก้ปัญหา ให้เล่าประสบการณ์การใช้ยาบ้า ผลกระทบที่เกิด จากการใช้ยาบ้า กำหนดเป้าหมาย และวางแผนแนวปฏิบัติ ในการแก้ปัญหา เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ทำไว้ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Aujoulat et al.¹⁴ ที่ศึกษาการเสริมพลัง อำนาจในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการสำรวจ วิเคราะห์ตัวเองและตัดสินใจในการรักษาด้วยตัวเอง

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรจัดโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ ในการบำบัดสารเสพติด ตัวอื่นๆ เช่น สุรา บุหรี่ สามารถนำกระบวนการเสริมพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการบำบัดได้ เพื่อการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืน
2. สามารถนำกระบวนการเสริมพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ในการสร้างพลังอำนาจกับครอบครัวผู้ติดยา เพื่อการสนับสนุนและการเสริมแรงจูงใจผู้รับการบำบัด
3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจร่วมกับวิถีพุทธ ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
4. การศึกษาครั้งต่อไปควรนำโปรแกรมนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้หญิง ผู้ที่ติดที่มีคะแนนมากกว่า 27 หรือกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ นอกจากผู้ป่วยยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดยาบ้า อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่งานคลินิกฟ้าใส กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรณภูมิทุกคน ที่ให้ความร่วมมือ และคอยช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดในพื้นที่เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ นพ. ชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรณภูมิ พญ. นิภากร อึ้งเจริญธนกิจ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชน คุณสุภาวดี สมทรัพย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่อนุญาตให้ทำงานวิจัยชิ้นนี้และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานต่างๆ จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สุดท้ายผลอันจะเป็นประโยชน์ ความดีงามทั้งปวงที่เกิดจากการศึกษาอิสระขอมอบแด่ คุณพ่อ คุณแม่ที่เคารพ ยิ่ง รวมถึงพี่น้องทุกคน และหากมีข้อบกพร่องด้วยประการใดๆ ผู้วิจัยขอรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษดา ทองทับ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ในการป้องกันการเสพยาเสพติด การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2557 ; 28(2) : 89-90.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ผลกระทบของการปราบปรามยาเสพติด 2554-2557. 2558.
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2559). จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2555 -2559 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2198&Itemid=61&pop=1&page=0.
4. นิตยา ตากวิริยนันท์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2557.
5. ก้องเกียรติ อุเต็น. ผลของการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ที่เป็นโรคติดแอมเฟตามีน. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง. 2554.
6. สือรุณ แผลมภู. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2554.
7. เจริญ แฉกพิมาย และปนัดดา ศรีธนสาร. รายงานการวิจัยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาติดของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ; 2555.

8. Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing* 1995 ; 21 : 1201-1210.
9. ยุวดี รอดจากภัย, สมพล กิตติเรื่องเกียรติ, ประสิทธิ์ กมลพรมงคล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* 2555; 7(2) : 116-23.
10. พรทิพย์ คงสัจย์, ศิริภรณ์ ชัยศรี, สวัสดิ์ เทียงธรรม. การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2556; 27(1) : 45-61.
11. World Health Organization. Global status report on alcohol 2014. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, 2014.
12. กชพร เผือกผ่อง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนของผู้เสพติดแอมเฟตามีน. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2560.
13. นุชณี เอี่ยมสะอาด. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2558.
14. Aujoulat, I., D'Hoore, W., & Deccache, A. Patient empowerment in theory and practice : Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* 2006 ; 66(1) : 13-20.

การพัฒนาแบบการดูแลและป้องกันโรคไตเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลสระคู อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of a Participatory Care and Prevention Model for Chronic Kidney Disease in Diabetic Patients in Sa Khu Subdistrict, Suwanaphum District Roi - Et Province

นัฏฐพร พรหมบุตร *

Nathaphron Prombut

Corresponding author: E-mail: nathaphorn96@gmail.com

(Received: December 1,2020; Revised: December 8, 2020; Accepted: December 21, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบการดูแลและป้องกันโรคไตเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน และเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบปฏิบัติการ (Action-Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2560 – 31 มีนาคม 2561 จำนวน 63 คน การสุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive) ผ่านการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อผ่านการอนุมัติจริยธรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนขั้นที่ 1 การอบรมแกนนำชุมชนในเรื่องความรู้การจัดการโรคไตเรื้อรัง ขั้นที่ 2 การประเมินความรู้ และพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ขั้นที่ 3 อบรมความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ ขั้นที่ 4 การสรุปบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลและใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent-t test

ผลการวิจัย : จากกลุ่มตัวอย่าง 63 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.60%) อายุมากกว่า 50 ปี (69.80%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (76.20%) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (47.60%) ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

1. กลุ่มป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนให้ความรู้เท่ากับ 11.11 และหลังการให้ความรู้เท่ากับ 13.79 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ หลังการให้ความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. กลุ่มป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมก่อนให้ความรู้เท่ากับ 26.58 คะแนน และหลังการให้ความรู้เท่ากับ 29.07 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม หลังการให้ความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ สร้างกระแส ป้องกันโรคไตและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน โดยบูรณาการงานตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังร่วมกับการประเมินคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมทั้งจัดให้มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อป้องกันชะลอไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรัง และในชุมชน

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลและป้องกันโรคไตเรื้อรัง ; แบบมีส่วนร่วม

ABSTRACT

Purpose : 1. To study the development of a participatory care and prevention model for chronic kidney disease in diabetic patients. Sra Khu Subdistrict, Suwannaphum District Roi Et Province 2. To compare knowledge Self-care behavior and prevention of chronic kidney disease in diabetic patients

Design : Action research.

Materials and Methods : Data were collected by questioning the sample group. Between 1 December 2017 - 31 March 2018, 63 persons Sampling was purposive through the request for consideration of human research ethics, Roi Et Provincial Public Health Office. When passing an ethical approval The researcher collected data according to the steps. Step 1: Training of community leaders on knowledge of chronic kidney disease management. Step 2 Assessing knowledge And diabetic behavior Step 3 : Training on knowledge of chronic kidney disease in diabetes patients who voluntarily participated in community activities by a multidisciplinary team. Step 4 Summary of Lessons Analyze the data and use descriptive statistics such as number, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics including Dependent-t test

Main findings : Of the 63 samples, most of them are female, 74.60% are older than 50 years, 69.80%, Agriculture, 76.20 percent, primary education 47.60 percent. The results are as follows.

1. Diabetes mellitus group had an average score of 11.11 before education and 13.79 after knowledge giving. When testing the statistical differences, it was found that the average scores of knowledge After education Significantly increased ($p < .001$)

2. Diabetes mellitus group had an average score of behavior before giving knowledge was 26.58 And after giving knowledge equal to 29.07 When testing for statistical differences, it was found that the average scores of behavior after education significantly increased ($p < .001$)

Conclusion and recommendations : There should be a campaign to create a trend to prevent kidney disease and risk factors for disease in the community by integrating the risk screening for chronic kidney disease together with the screening test for diabetes High blood pressure Including organizing activities to change behavior regarding food Exercise To prevent chronic kidney retardation in chronic disease clinics and communities.

Keywords : Model of care and prevention of chronic kidney disease ; Participatory

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก พบบ่อยจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังของไทย เกิดจากเบาหวานร้อยละ 36.3 ความดันร้อยละ 23.3 ความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 พบได้มากที่สุดในกลุ่มอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องรักษาบำบัดทดแทนไต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากแผนพัฒนาสุขภาพระยะที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีเป้าประสงค์ว่า ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีศักยภาพ และสามารถสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ ปี 2558-2560 จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคไตเรื้อรังใหม่ ร้อยละ 35.60 , 33.66 และ 31.14 ตามลำดับ อำเภอสุวรรณภูมิ ในปี 2558-2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต ที่เป็นโรคไตเรื้อรังใหม่ ร้อยละ 19.89, 23.63 และ 51.57 ตามลำดับ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิมียุทธศาสตร์โรคไตวายเรื้อรัง เป้าหมายเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยใช้กระบวนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีหน่วยล้างไตทางช่องท้อง และศูนย์ไตเทียมของเอกชน ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานได้รับการค้นหาและคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะสามารถให้การดูแลรักษา ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และชะลอการดำเนินโรค เพื่อป้องกันความรุนแรง ลดภาระของระบบบริการ และการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษามลภาวะพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันโรคไตเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิดการมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันโรคไตเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลสระคู อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบปฏิบัติการ (Action-Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2560 – 31 มีนาคม 2561 จำนวน 63 คน การสุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง ผ่านการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เมื่อผ่านการอนุมัติจริยธรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนขั้นที่ 1 การอบรมแกนนำชุมชนในเรื่องความรู้การจัดการโรคไตเรื้อรัง ขั้นที่ 2 การประเมินความรู้ และพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ขั้นที่ 3 อบรมความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนโดยทีม สหวิชาชีพ และขั้นที่ 4 การสรุปบทเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย คำถามปลายเปิด และปลายปิด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ คะแนนความรู้เต็ม 15 คะแนน วัดความรู้ด้วยการตอบว่าใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ถ้าตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน สรุปค่าคะแนนดังนี้

คะแนน	0-8	มีความรู้ระดับต่ำ
คะแนน	9-11	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน	12-15	มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 45 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับโดยแต่ละระดับค่ามีความหมายตัวเองเลือก 3 ข้อ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1	คะแนน

การแบ่งระดับความรู้ และพฤติกรรมใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60 (15-26)	ระดับต่ำ
คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60-79 (27-35)	ระดับปานกลาง
คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (36-45)	ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับ ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ด้านความรู้	เท่ากับ	0.79
ด้านการปฏิบัติ	เท่ากับ	0.71

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ โดยเสนอผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ เลขที่ HE 21/60

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent-t test

อภิปรายผลโดยการใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปราย ถึงความรู้ที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.60%) มีอายุมากกว่า 50 ปี (69.80%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (76.20%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (47.60%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (84.10%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=63)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	16(25.40)
หญิง	47(74.60)
อายุ(ปี)	
30- 39 ปี	2(3.20)
40-49 ปี	17(27.0)
≥ 50 ปี	44(69.8)
อาชีพ	
เกษตรกรกรรม	48(76.20)
รับจ้าง	6(9.50)
ค้าขาย	3(4.80)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3(4.80)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	30(47.60)
มัธยมศึกษาตอนต้น	8(12.70)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	24(38.10)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1(1.60)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน/บาท	
<10,000	53(84.10)
10,000-20,000	7(11.10)
20,001-30,000	2(3.20)
≥30,001	1(1.60)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนให้ความรู้ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง (93.70%) และได้มีหน้าที่ขับของเสียออก

จากร่างกาย (93.70%)

หลังให้ความรู้ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวานที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้นทุกเรื่อง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง

ข้อคำถาม	คะแนนความรู้	
	ก่อน (%)	หลัง (%)
1. โรคไตเรื้อรัง คือ ภาวะที่ไตถูกทำลายเป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือน ทำให้การทำงานของไตลดลง	76.20	95.20
2. โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง	93.70	100
3. ไตมีหน้าที่ขับของเสียออกจากร่างกาย	93.70	96.80
4. อาการบวม หอบเหนื่อยเป็นอาการของโรคไตวายเรื้อรัง	81.00	90.50
5. วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังคือการฟอกเลือดเท่านั้น	30.20	81.00
6. การควบคุมอาหารช่วยชะลอความเสื่อมของไต	90.50	100.00
7. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ควรได้รับโปรตีนจาก ปลา ไข่ขาว	87.30	95.20
8. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น เต้าหู้ นม ถั่วเหลือง	68.30	88.90
9. ผู้ป่วยไตวายควรรับประทานผักสีสด เช่น ผักสีเขียวเข้ม เหลืองเข้ม จะได้วิตามินสูง	41.30	81.00
10. ผู้ป่วยไตวายควรรับประทานนมมากๆ เพื่อบำรุงไต	49.20	79.40
11. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีอาการบวมควรลดการกินเค็ม	87.30	100.00
12. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และพักผ่อนให้เพียงพอ	90.50	100.00
13. ยาแก้ปวดข้อ คลายเส้น ยาชุด ยาสมุนไพรทำให้เป็นโรคไตเรื้อรัง	79.40	100.00
14. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ ป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตได้	88.90	95.20
15. ขนมเค้ก ขนมปัง หมูยอ กุนเชียง อาหารหมักดอง ปลาเค็มปลาแห้ง ไม่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง	54.00	85.70

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนให้ความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (50.80%) เมื่อ

พิจารณาความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังจากให้ความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับสูง (95.20%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามระดับคะแนนความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ต่ำ (0-8 คะแนน)	6(9.50)	0(0.00)
ปานกลาง (9-11คะแนน)	32(50.80)	3(4.80)
สูง (12-15 คะแนน)	25(39.70)	60(95.20)
รวม	63(100.00)	63(100.00)

Mean = 11.11 SD.= 2.27 Min = 4 Max = 15 Mean = 13.79 SD.= 1.13 Min= 10 Max = 15

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน

ก่อนและหลังให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ ไม่เคยสูบบุหรี่ (88.90%) รองลงมาคือ ดื่มน้ำเปล่า เย็น เหล้าขาว สาโท (69.80%)

ก่อนให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำ สม่ำเสมออย่างน้อย

สัปดาห์ละ 3-4 วัน 2 ลำดับแรก ได้แก่ การเติมเครื่องปรุง เช่น ซีอิ้ว น้ำปลา ทุกครั้งในอาหารทุกมื้อ (38.10%) และการรับประทานปลาเค็ม อาหารหมักดอง ผงชูรส รสดี เต้าเจี้ยว ปลาร้า (31.70%) หลังจากให้ความรู้พบว่า พฤติกรรมการรับประทานปลาเค็ม อาหารหมักดอง ผงชูรส รสดี เต้าเจี้ยว ปลาร้า (1.60%) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ต่ำ (15-26 คะแนน)	32(50.80)	6(9.50)
ปานกลาง (27-35 คะแนน)	31(49.20)	57(90.50)
สูง (36-45 คะแนน)	0(0.00)	0(0.00)
รวม	63(100.00)	63(100.00)

Mean = 26.58 SD.= 3.10 Min= 21 Max= 34 Mean = 29.07 SD.= 2.06 Min= 23 Max= 34

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนให้ความรู้เท่ากับ 11.11 คะแนน และหลังการ

ให้ความรู้เท่ากับ 13.79 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ หลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนของความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้

ความรู้	Mean (SD.)	Mean diff (S.E.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ก่อน	11.11 (2.27)	2.68(0.22)	2.23	3.17	< .001
หลัง	13.79 (1.13)				

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลัง ให้ความรู้เท่ากับ 29.07 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม หลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนของพฤติกรรมก่อนและหลังการให้ความรู้

พฤติกรรม	Mean (SD.)	Mean diff (S.E.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ก่อน	26.58(3.10)	2.49(0.27)	1.94	3.04	< .001
หลัง	29.07(2.06)				

วิจารณ์

ผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติหลังการให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้ การอบรมแกนนำชุมชน จำนวน 1 วัน เนื้อหาในเรื่องความรู้การจัดการโรคไตเรื้อรัง อบรมความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โดยมีเนื้อหาการบรรยายความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การสาธิตพร้อมบรรยาย เรื่อง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การสาธิตและปฏิบัติ การออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมที่บ้านร่วมกับแกนนำชุมชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา¹ ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ.01 และความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งก่อนและหลังการทดลองให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแบบรายบุคคล ร่วมกับสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม มีส่วนสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในชุมชน อำเภอแกดดำ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ² พบว่า การรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น การรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงโรคไตเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร³ ผลการศึกษาพบว่า ผลจากขั้นที่ 1 นำมาสังเคราะห์ที่ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองและ

คุณภาพชีวิต เพื่อระบุปัญหา รายบุคคล 2) ให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติตามพฤติกรรมเสี่ยง 3) ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเสริมพลัง แก้ปัญหา ระดับบุคคลจนกว่าปัญหาจะสิ้นสุด 4) ประสานภาคีเครือข่ายในการดูแลแบบองค์รวม ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมก่อนและหลังการให้ความรู้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การจัดกิจกรรมรณรงค์ สร้างกระแส ป้องกันโรคไต และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน
2. จัดให้มีบูรณาการงานตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังร่วมกับการประเมินคัดกรอง DM HT
3. จัดให้มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันชะลอไตเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังและในชุมชน
4. ควรมีการศึกษาการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาสมุนไพร อาหารเสริม
5. ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการออกกำลังกายทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาทีตามความเหมาะสม เช่น เดิน แกว่งแขน โยคะ ยังคงค่อนข้างน้อย จึงควรมีการส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
6. ความรู้เรื่องอาหารเกี่ยวกับผู้ป่วยไตวาย เช่น การรับประทานผักสีสด เช่น ผักสีเขียวเข้ม เหลืองเข้ม

จะได้วิตามินสูง การรับประทานขนมเค็ม ขนมปัง หมูยอกุนเชียง อาหารหมักดอง ปลาเค็มปลาแห้ง ไม่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง ไม่ถูกต้อง จึงควรมีการให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ดร.สมหมาย คชนาม บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน และผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. จิราภรณ์ ชูวงศ์, เจียมจิต โสภณสุขสถิต. ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยไตเทียม. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554 ; 5(2) : 41-50.
2. สุนีรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน อำเภอแควดำ. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ; 2558.
3. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง, ประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559 ; 4(4) : 485-503.

การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมปฏิบัติการและตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

Evaluation Research for Operational Training Projects and Health Check According to the Risk of Occupational Health and Safety

พิศมร พัฒนสระคู*

Pissamorn pattanasraku

Corresponding author : E-mail : Pissamicpat@gmail.com

(Received : December 1,2020 ; Revised : December 8, 2020 ; Accepted : December 21, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้และตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และประเมินความพึงพอใจต่อโครงการอบรมปฏิบัติการฯ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross – sectional description research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร ที่ปฏิบัติงานเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ลักษณะทางประชากร แบบทดสอบความรู้การป้องกันอันตรายตามความเสี่ยงทางอาชีวอนามัย แบบสอบถามพฤติกรรมสภาวะสุขภาพจากการทำงาน และแบบสอบถามความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธี อัลฟาครอนบาค ด้านความรู้เท่ากับ 0.75 ด้านเจตคติเท่ากับ 0.78 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Dependent t-test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา พบว่าบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.04 (95%CI : -1.30, 0.77) ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมอบรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean=2.73)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาการดูแลสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยส่งผลให้เกิดการเตรียมความพร้อมในการทำงานของบุคลากรที่มีความเสี่ยง และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการทำงานได้

คำสำคัญ : ตรวจสุขภาพ ; ความเสี่ยง ; อาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ABSTRACT

Purpose : To compare knowledge and health examination based on the risk of occupational health and safety , and satisfaction of the training and health examination project.

Design: Cross – sectional description research

Materials and Methods : The sample consisted of 50 personnel at Suwannaphum Hospital working at risk of occupational health and safety. The research instruments were 4-part questionnaire general information, occupational health hazard prevention knowledge form, questionnaire on behavior and health condition from work and satisfaction questionnaire. An expert content validity check and a confidence test by Cronbach's Alpha method of knowledge was 0.75, attitude was 0.78 Data were collected using questionnaires, analyzed by descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics including dependent t-test

Main findings : After the intervention, Personnel have a higher average score of knowledge compared to before development. Statistically significant ($p < .001$) with an increase in mean score of 1.04 (95% CI : -1.30, 0.77). The satisfaction with the training was at a high level (Mean =2.73)

Conclusion and recommendations : This study shows that the development of health care according to the occupational health and safety risks has resulted in work readiness of personnel at risk. And prevent the danger that may arise from work.

Keywords : Health check ; Risk ; Occupational health and safety

บทนำ

วิถีดำเนินชีวิตมีการประกอบอาชีพเป็นกิจกรรมสำคัญ เพื่อสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของตนเองและครอบครัวซึ่งถือได้ว่าคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีค่ามากที่สุดในการจัดการการทำงานขององค์กรพัฒนาอาชีพและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยพัฒนาไปตามยุคสมัยจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันสนับสนุนให้มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการในการอุปโภคบริโภคของประชากรทั้งในประเทศรวมทั้งเพื่อการส่งออกทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่แรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีที่สูงขึ้น การผลิตที่มากขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานมีการนำเข้าวัตถุดิบและการใช้สารเคมีอันตรายโดยได้มีรายละเอียดด้านความปลอดภัยมาใช้ในการผลิตมากยิ่งขึ้น คนทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเกิดการเจ็บป่วย มีอุบัติเหตุอุบัติเหตุดังกล่าวและเหตุร้ายแรงเกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อ ทั้งในระบบและภายนอก การทำงานส่งผล

กระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมเกิดปัญหาสุขภาพเสื่อมโทรม เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ (Occupation diseases) กันมากขึ้น ถึงขั้นทุพพลภาพและเสียชีวิต ซึ่งสามารถตรวจสอบข้อมูลทางสถิติได้จากสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ซึ่งในแต่ละปีกองทุนเงินทดแทน ต้องจ่ายเงินให้แก่ลูกจ้างผู้ประสบอันตรายจากการทำงานเป็นจำนวนเงินมากมายมหาศาลนับเป็นหลายร้อยล้านบาท ความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลถึงการสูญเสียประชากรวัยทำงานที่กำลังได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถและมีมือแรงงาน สูญเสียกำลังงาน เศรษฐกิจส่งผลถึงการผลิตที่ต้องหยุดชะงัก ผลผลิตลดลง ความเสียหายที่เกิดกับเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ในการทำงาน วัตถุดิบที่เสียหาย สูญเสียเวลา เสียค่ารักษาพยาบาล เสียขวัญและกำลังใจในการทำงาน ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวและเป็นปัญหาสังคม ประเทศชาติต่อไปอย่างแน่นอน แรงงานที่ได้รับบาดเจ็บหรือได้รับผลกระทบและองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เรียกร้อง ให้หน่วยงานของรัฐบาลให้ตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยและสุขภาพอนามัย

ในการประกอบอาชีพของประชาชน ทำให้มีการพัฒนางานด้านอาชีวอนามัยมากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ.2525-2529 จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 ซึ่งเป็นเรื่องของการยกระดับฝีมือแรงงานเข้าสู่มาตรฐานการทำงานรวมทั้งสถานประกอบการและแรงงานที่สามารถตรวจสอบประเมินได้อย่างเป็นธรรมและยังส่งเสริมการปฏิบัติงานโดยยึดปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงพระราชทานแก่ปวงชนชาวไทยเพื่อการอยู่ดีกินดีและอยู่รอดปลอดภัยท่ามกลางปัญหาภาวะเศรษฐกิจของประเทศชาติ นอกจากนั้นหน่วยงานเอกชนที่เห็นถึงความสำคัญและความปลอดภัยของสุขภาพอนามัยในการประกอบอาชีพของประชาชนจึงได้ร่วมกันจัดตั้งสมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย) ขึ้นตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ.2530 เป็นต้นมา เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ด้านความปลอดภัยและ อนามัยในการทำงานโดยสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรต่างๆ ในการส่งเสริม ด้านสวัสดิการกับผู้ใช้แรงงาน

ความปลอดภัยจากการทำงานเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานทุกอาชีพ ตามรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่ระบุไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับหลักประกันความปลอดภัย และสวัสดิภาพในการทำงานรวมทั้งหลักประกัน ในการดำรงชีวิตทั้งในระหว่างการทำงานและเมื่อพ้นภาวะการทำงาน ทั้งนี้ตามกฎหมายกำหนด” รัฐบาลได้ ประกาศเป็นวาระแห่งชาติ โดยบูรณาการ ทั้งในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ให้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการประสพอันตรายและการบาดเจ็บจากการทำงานลง บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ประกอบอาชีพจะต้องได้รับการคุ้มครองเช่นกันจากรายงานสถานการณ์ โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งจากสถิติอัตราการประสพอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานปี 2553 เท่ากับ 42.70 ต่อบุคลากร 1,000 คน โดยจำแนกเป็น ความเครียดจากการทำงาน อุบัติเหตุเข็มหรืออุปกรณ์แหลมคมทิ่ม ความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อคิดเป็นอัตราการประสพอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานต่อบุคลากร 1,000 คน

เท่ากับ 13.58, 11.81, และ 11.12 ตามลำดับ¹ นอกจากนี้ บุคลากรที่มีโอกาสได้รับอุบัติเหตุ สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง และบาดเจ็บจากการทำงานส่วนใหญ่ คือพยาบาล ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก พฤติกรรมในการทำงาน เช่น ความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน ไม่ใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง หรือใช้อุปกรณ์ไม่เหมาะสม การสร้างเสริมความปลอดภัยที่ตัวบุคลากรให้มีความรู้ และทัศนคติในด้านความปลอดภัยที่ดี มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของบุคลากร^{2,3}

ในสภาพสังคมปัจจุบัน ผู้คนต้องเผชิญปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากการประกอบอาชีพที่ต้องแข่งขันกับเวลา สภาพเศรษฐกิจครอบครัว และมลพิษจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดการบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองโดยไม่รู้ตัว การตรวจสุขภาพประจำปีและการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จึงมีความสำคัญมาก เพราะสามารถตรวจหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกได้ อีกทั้งยังสามารถทำการรักษา หรือป้องกันไม่ให้โรคลุกลามต่อไป อันเป็นการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนให้ข้าราชการ พนักงานและเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงาน

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จึงได้จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยไปพร้อมกับความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อทำให้ทราบสภาวะสุขภาพและสามารถวางแผนทางการเฝ้าระวังสุขภาพของตนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และความพึงพอใจโครงการอบรมปฏิบัติการฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Crosssectional descriptive research) ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 50 คนในช่วงเดือน ธันวาคม 2561 - มิถุนายน 2562 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 50 คน ใช้วิธีการหาขนาดตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรตารางสำเร็จรูป เก็บ 100 %

ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ไม่เกิน100	100.00 %
100-1,000	25.00 %
1,000- 10,000	10.00 %
>10,000	1.00 %

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมวิจัยข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถามปลายปิด และเปิดจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การป้องกันอันตรายตามความเสี่ยงทางอาชีวอนามัย 9 ข้อ ให้ตอบว่าเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากการทำงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5 ด้าน จำนวน 17 ข้อ คือ ด้านออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ ด้านรับประทานอาหาร จำนวน 3 ข้อ ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 3 ข้อ ด้านการจัดการความเครียดจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) 3 ระดับคือไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยแต่ละคำมีความหมายดังนี้ ตัวเลือก 3 ข้อ คือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986 : 42)⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

คะแนน น้อยกว่า	ร้อยละ 60 ระดับต่ำ
คะแนน	ร้อยละ 60 - 79 ระดับปานกลาง
คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 9 ข้อ วัด เป็น 3 ระดับ คือ

พึงพอใจมาก	ระดับ 3
พึงพอใจปานกลาง	ระดับ 2
พึงพอใจน้อย	ระดับ 1

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient +Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ ด้านความรู้เท่ากับ 0.75 ด้านเจตคติ เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหน่วยงานและขออนุญาตแจกแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 วัน เมื่อเก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์จำนวน 50 ฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. จัดทำแบบสอบถาม เรื่องการประเมินผลโครงการ
อบรมปฏิบัติการณ์และตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของ
ลักษณะงานด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย เพื่อนำไป
ใช้กับกลุ่มทดลอง

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายโดย
เตรียมแบบสอบถามประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำ
แบบสอบถาม ตามกลุ่มเป้าหมายเอง พร้อมแจ้งขอความ
ร่วมมือ วัตถุประสงค์ และแจ้งกำหนดการรับคืน
แบบสอบถาม

3. นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาพิจารณาความ
สมบูรณ์ของการตอบเพื่อทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทาง
สถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
เลขที่ HE 49/60

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจ
สอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้
การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ สุขภาพสุขภาพ และ
ความพึงพอใจ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจาก สถิติพรรณนา
(Descriptive statistic) นำมาแจกแจงในรูปของความถี่และ
สถิติเบื้องต้น ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
(56.00%) อายุระหว่าง 22-34 ปี มากถึง (58.00%)
ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานตามความเสี่ยงด้านอาชีพอนามัยและความ
ปลอดภัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	28(56.00)
ชาย	22(44.00)
อายุ (ปี)	
22-34	29(58.00)
35-47	14(28.00)
48-59	7(14.00)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
มัธยมศึกษา	9(18.00)
ปวส./ปวช.	11(22.00)
ปริญญาตรีขึ้นไป	30(60.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานตามความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
สถานภาพสมรสปัจจุบัน	
โสด	21(42.00)
คู่	7(54.00)
หม้าย	1(2.00)
หย่า/แยก	1(2.00)
อาชีพหลัก	
เกษตรกรรม	1(2.00)
รับจ้าง	13(26.00)
นักศึกษา	2(4.00)
แม่บ้าน	1(2.00)
ข้าราชการ	16(32.00)
อื่นๆ ระบุ	17(34.00)

ส่วนที่ 2 ความรู้การป้องกันอันตรายตามความเสี่ยงทางอาชีวอนามัย

ก่อนการอบรมบุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความรู้ที่ถูกต้อง 3 ลำดับแรกได้แก่ ด้านอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทุกครั้งต่อผู้บังคับบัญชาไม่ว่าตนเองจะไม่ใช่หรือเรื่องเล็กน้อยก็ตาม (92.00%) รองลงมาคือ ทำงานในจุดเสี่ยงอันตรายต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) ตลอดเวลา (90.00%) และการกระทำที่ละเลยกฎความปลอดภัยเพียงเล็กน้อยทำให้เกิดอุบัติเหตุที่ร้ายแรงผลเสียที่อันตรายและเกิดอุบัติเหตุได้ (90.00%) เท่ากัน บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความรู้ที่น้อยที่สุด 2 ลำดับแรก

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายมากที่สุด โดยทางหายใจรองลงมาคือทางผิวหนังและปาก (10.00%) รองลงมาคือแสงสว่างในการทำงานที่น้อยเกินไปนั้นจะช่วยถนอมสายตา (72.00%)

หลังการอบรมบุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความรู้ที่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ทำงานในจุดเสี่ยงอันตรายต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) ตลอดเวลา (96.00%) รองลงมาคือการกระทำที่ละเลยกฎความปลอดภัยเพียงเล็กน้อยทำให้เกิดอุบัติเหตุที่ร้ายแรงผลเสียที่อันตรายและเกิดอุบัติเหตุได้ (94.00%) และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทุกครั้งต่อผู้บังคับบัญชาไม่ว่าตนเองจะไม่ใช่หรือเรื่องเล็กน้อยก็ตาม (94.00%) เท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนความรู้การป้องกันอันตรายตามความเสี่ยงทาง อาชีวอนามัย ที่ตอบถูก ก่อนและหลังการอบรม

ข้อที่	ข้อความ	ก่อน ร้อยละ	หลัง ร้อยละ
1	อุบัติเหตุมีสาเหตุมาจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยไม่ใช่เรื่องของดวงมีเวรกรรม	82.00	92.00
2	การกระทำที่ละเลยกฎความปลอดภัยเพียงเล็กน้อยทำให้เกิดอุบัติเหตุที่ร้ายแรงผลเสียที่อันตรายและเกิดอุบัติเหตุได้	90.00	94.00
3	ทำงานในจุดเสี่ยงอันตรายต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) ตลอดเวลา	90.00	96.00
4	ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายมากที่สุดโดยทางหายใจรองลงมาคือทางผิวหนังและปาก	10.00	68.00
5	ป้องกันผู้ปฏิบัติงานสามารถถอดอุปกรณ์ออกได้เมื่อรู้สึกไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงานทำให้การทำงานนั้นล่าช้า	78.00	90.00
6	การป้องกันการเกิดเพลิงไหม้คือการควบคุมองค์ประกอบ 3 อย่างได้แก่เชื้อเพลิงอากาศและปฏิกิริยาลูกโซ่ทางเคมี	82.00	84.00
7	อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทุกครั้งต่อผู้บังคับบัญชาไม่ว่าตนเองจะไม่ใช่เป็นอะไรหรือเรื่องเล็กน้อยก็ตาม	92.00	94.00
8	แสงสว่างในการทำงานที่น้อยเกินไปนั้นจะช่วยถนอมสายตา	72.00	78.00
9	ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิเสธไม่ทำงานที่เห็นว่าไม่ปลอดภัย เช่น ปฏิเสธไม่ทำงานกับเครื่องจักร	84.00	88.00

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการอบรมเท่ากับ 6.80 คะแนน และหลังการอบรมเท่ากับ 7.84 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	Mean(SD.)	Mean diff (SE)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ก่อนอบรม	6.80(1.27)	-1.04(0.13)	-1.30,	-0.77	<.001
หลังอบรม	7.84(1.06)				

ส่วนที่ 3 สภาวะสุขภาพจากการทำงาน
บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ที่ปฏิบัติงานความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ ท่านชมเชยและยินดีกับความสำเร็จของผู้อื่น (90.00%) รองลงมาคือ ท่านได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากพ่อแม่ พี่น้อง ญาติหรือเพื่อนๆ

(80.00%) บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ รับประทานปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่ว ผลไม้ (21.00%) ออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อยหรือปานกลาง เช่น เดินติดต่อกันอย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์ (28.00%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสภาวะสุขภาพจากการทำงาน

ข้อที่	ข้อความ	การปฏิบัติ (ร้อยละ)		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	ออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อยหรือปานกลาง เช่น เดินติดต่อกันอย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์	28.00	66.00	6.00
2	หาโอกาสออกกำลังกายเล็กๆ น้อยๆ ในแต่ละวัน เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์	44.00	52.00	4.00
3	ยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเหยียดแขน ขา อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	50.00	46.00	4.00
4	รับประทานข้าวเป็นหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางครั้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน	56.00	44.00	0.00
5	รับประทานผักทุกวัน	31.00	19.00	0.00
6	รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ผัก ผลไม้	21.00	29.00	0.00
7	ปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย	40.00	56.00	4.00
8	ติดตามข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เช่น โทรทัศน์วิทยุ หนังสือพิมพ์	54.00	44.00	2.00
9	สอบถามผู้รู้ เช่น แพทย์ปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอชาวบ้าน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วย	40.00	54.00	6.00
10	สังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตัวเอง อย่างน้อยเดือนละ ครั้ง เช่น การตรวจเต้านมด้วยตัวเอง	36.00	50.00	14.00
11	พูดคุยปรึกษาและความกังวลกับบุคคลใกล้ชิด	44.00	52.00	4.00
12	ชมเชยและยินดีกับความสำเร็จของผู้อื่น	90.00	10.00	0.00
13	ได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากพ่อแม่ พี่น้อง ญาติหรือเพื่อนๆ	80.00	20.00	0.00

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของสภาวะสุขภาพจากการทำงาน

ข้อที่	ข้อความ	การปฏิบัติ (ร้อยละ)		
		ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
14	พักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.	50.00	48.00	2.00
15	หาเวลาพักผ่อนในแต่ละวัน เช่น ดูโทรทัศน์ นอนเล่น	64.00	36.00	0.00
16	หยุดพักทุกครั้งเมื่อรู้สึกเหนื่อย	42.00	58.00	0.00
17	บริหารเวลาให้สมดุลระหว่างการทำงานกับการพักผ่อน	54.00	46.00	0.00

4. ความพึงพอใจในการอบรม

ผลการศึกษา ตารางที่ 5 พบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมอบรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.73) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ความพึงพอใจจากมาก 2 ลำดับแรก ดังนี้

ความพึงพอใจลำดับที่ 1 เท่ากัน 3 ข้อ คือ ใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ (Mean=2.80) รองลงมา คือ ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ (Mean=2.78) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมการอบรมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อ	ข้อความ	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1	สามารถอธิบายเนื้อหาได้ชัดเจนและตรงประเด็น	2.64(0.525)	มาก
2	ใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย	2.80(0.452)	มาก
3	สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม	2.80(0.452)	มาก
4	ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์	2.78(0.465)	มาก
5	ระยะเวลาในการอบรม/สัมมนามีความเหมาะสม	2.66(0.519)	มาก
6	อาหาร มีความเหมาะสม	2.70(0.463)	มาก
7	สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้	2.80(0.404)	มาก
8	สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ให้กับผู้อื่นได้	2.70(0.505)	มาก
9	สามารถบอกการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้เมื่อเกิดบาดเจ็บจากการทำงาน	2.70(0.505)	มาก
รวม		2.73(0.47)	มาก

วิจารณ์

1. บุคลากรโรงพยาบาลสุพรรณภูมิที่ปฏิบัติงานเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีความรู้ เพิ่มขึ้นและมีสภาวะสุขภาพดีมาก เนื่องจากได้มีการจัดโครงการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยประจำปี ให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยแก่บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยมีกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ด้านโภชนาการ กิจกรรมการเดินแอโรบิค ฟิตเนส เปตอง แบดมินตัน เทนนิส เป็นต้น

2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มีสภาวะสุขภาพดีมากคือชมเชยและยินดีกับความสำเร็จของผู้อื่น (90.00%) รองลงมาคือ ท่านได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากพ่อแม่ พี่น้องญาติหรือเพื่อนๆ (80.00%) เนื่องจากโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มีการสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมในองค์กรซึ่งประกอบด้วยค่านิยมหลัก 3 ข้อ ซึ่งค่านิยม 1 ใน 3 ข้อคือ การทำงานเป็นทีม การที่จะสามารถทำงานเป็นทีมได้นั้นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงานโดยทางโรงพยาบาลสุพรรณภูมิได้ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสัมพันธภาพ อาทิ เช่น กิจกรรมต้อนรับน้องใหม่ กีฬาสีเชื่อมความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ และการรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ เป็นต้น สอดคล้องกับ⁴ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ทางสังคมและพฤติกรรมด้านต่างๆ และหากได้รับการสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้น

3. บุคลากรที่ปฏิบัติงานเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มีสภาวะสุขภาพที่น้อยที่สุด คือ ปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือรับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ผัก ผลไม้ (21.00%) ออกกำลังกายที่ใช้แรงน้อยหรือปานกลาง เช่น เดินติดต่อกันอย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์ (28.00%) เนื่องจากโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ได้มีการขยายอัตราการให้บริการจาก 75 เตียง เป็น 120 เตียง ประกอบกับอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงาน และบุคลากรส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นคู่ มีครอบครัว

จึงทำให้บุคลากรบางส่วนไม่ได้ดูแลตนเอง ดังที่ เพนเดอร์⁵ กล่าวถึง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) บุคคลต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง การสนใจแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและตรวจสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการเข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อค้นหาความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะแรกมีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที การออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่หักโหมควรมีการอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกาย โดยใช้เวลา 5 – 10 นาที การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย การออกกำลังกายที่ให้ความสนุกสนานและนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

1. งานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีในกลุ่มบุคลากรที่โอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมี
2. โรงพยาบาลควรมีนโยบายเพื่อให้กำลังใจคนในหน่วยงานเกิดการตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบอาชีพหรือจากการทำงาน
3. งานอาชีวอนามัยควรมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบถึงความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รวมถึงท่านหัวหน้าพินุตร์ ศรีชัยเลิศสกุล ที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและส่งเสริมให้มีโครงการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเครือข่ายสุขภาพสุพรรณภูมิ ขอขอบคุณบุคลากรกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิและคุณโชคนิตพัฒน์ วิสุณ ที่ให้การดำเนินงานและอำนวยความสะดวกในการจัดโครงการในครั้งนี้ ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.สมหมาย คชนาม วิทยากรผู้สอนและที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553). ความปลอดภัยจากการทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค ; 2553 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/th/site/index>
2. สรัญญา กุลวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์]. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ; 2552.
3. อัครชาติ ดิณสุลานนท์. ความรู้ทัศนคติต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัย ของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรณีศึกษาในสายงานธุรกิจวิศวกรรม ธุรกิจก่อสร้างและบำรุงรักษา. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ; 2546.
4. Benjamin SB. Learning for mastery. Evaluation comment Center for the study of Instruction program. University of California at Los Angeles 1986 ; 2 : 47-62.
5. Pender NJ. Health promotion in Nursing Paractice. 2nd ed. Stamford, CT : Appleton & Lange. 1987.

**ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล
และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก**
**The Effectiveness of a Same Day Surgery Discharge Planning Program on
Anxiety and Self care in Patients Undergoing Cataract Surgery**

ทิพาภัทร เอกวงษา*

Tipaphat Aekvongsa

Corresponding author : E-mail

(Received : December 1,2020 ; Revised : December 8, 2020 ; Accepted : December 21, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลราชบุรีอำเภอรามบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล และ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมน้อยกว่าเท่ากับ 34.272 คะแนน (95% CI : 32.186, 38.358) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยรวมมากกว่าเท่ากับ 1.51 คะแนน (95% CI : 1.364, 1.656)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ลดความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่าย ; ความวิตกกังวล ; ความสามารถในการดูแลตนเอง ; การผ่าตัดต้อกระจก

ABSTRACT

Purpose : To investigate the effects of the same-day surgery discharge planning program on anxiety and self care in patients undergoing cataract surgery.

Design : Quasi - experimental study

Materials and Methods : 66 of samples were patients undergoing cataract surgery who passed the inclusion criteria and exclusion criteria on exiting from the study at Thawat Buri hospital. The samples were randomly assigned into an experimental group and the control group. Research instruments included the same-day surgery discharge planning program, discharge assessment form, and a manual of patient education for patients undergoing same day cataract surgery. Data were collected by using a demographic characteristics questionnaire, an anxiety questionnaire, and self care questionnaire. Data were analyzed by using the Independent t- test.

Main findings : After intervention, Patients who underwent cataract surgery had a less mean overall anxiety score compared to the control group ($p < .001$), with a less than 34.272 mean overall anxiety score (95 % CI : 32.186, 38.358) and patients undergoing cataract surgery had an overall higher mean score of self-care before that compared to the control group ($p < .001$) with a mean score of self-care before intervention, with a greater than 1.51 scores (95% CI : 1.364, 1.656).

Conclusion and recommendations : The results of this research indicated that the program developed to result in patients undergoing cataract surgery were decreased an anxiety and had increased a self care.

Keywords : Effectiveness ; A Same Day Surgery Discharge Planning Program ; Anxiety ; Self care in Patients Undergoing Cataract Surgery

บทนำ

ต้อกระจก เป็นโรคของเลนส์ตาซึ่งมีการขุ่นมัวของเลนส์ เป็นสาเหตุให้มองเห็นไม่ชัดเจน จนถึงมองไม่เห็นเลย ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเองยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นต้อกระจก เช่น อายุมากขึ้น การกระทบกับแสงอาทิตย์หรืออัลตราไวโอเล็ตเป็นเวลานาน การสูบบุหรี่ การมีคลอเรสเตอรอลสูงโรคเบาหวาน การขาดสารอาหารบางอย่างและการได้รับอุบัติเหตุต่อตาโดยตรง¹ การเกิดต้อกระจกในผู้สูงอายุทั่วโลก มีปริมาณเพิ่มขึ้น 5-10 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ความสามารถในการมองเห็นลดลง และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง²

ต้อกระจกมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม พบว่า ผลกระทบทางด้านร่างกายก่อให้เกิดปัญหาในการประกอบอาชีพที่ต้องใช้สายตา³ การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องใช้การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และระยะไกล⁴ ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง⁵ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความเหงา รู้สึกกลัว วิดกกังวล หงุดหงิดได้ง่ายและขาดความมั่นใจ ผลกระทบด้านสังคม ทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และกิจกรรมของครอบครัว มีข้อจำกัดในการเดินทางและมีความลำบากในการจดจำสถานที่ต่างๆ⁶ หากผู้สูงอายุเกิดสูญเสียการมองเห็น จะทำให้การดำรงชีวิตผิดปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่จำเป็นต้องจัดหาคนมาดูแล ซึ่งย่อมต้องใช้เวลาและทรัพยากรเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจากภาวะสายตาสั้นและตาบอด จากปัญหาดังกล่าวย่อมจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้สูงอายุและก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกหลายๆ ด้าน³

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลราชบุรีได้ดำเนินการตรวจคัดกรองและผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกในเขตอำเภอราชบุรีและอำเภอใกล้เคียงตามโครงการข้างต้น แต่ยังคงมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคต้อกระจกที่ต้องการผ่าตัดต้อกระจกอีกจำนวนมาก

ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยเนื่องจากปัญหาทางการศึกษา เศรษฐฐานะ การขาดแคลนจักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ กลยุทธ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการจึงต้องเน้นการให้บริการเชิงรุกเพื่อคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องรวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารโรคต้อกระจกแก่ประชาชน การทบทวนความรู้และแนวทางดูแลผู้ป่วยต้อกระจกแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงปัญหาต้อกระจกจะทำให้การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยต้อกระจกมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้นช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะตาบอดจากต้อกระจกได้ในระยะยาว อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังพบว่าผู้ที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นแล้ว เมื่อถึงวันนัดหมายเพื่อพบจักษุแพทย์ ไม่ได้มารับการตรวจคัดกรองซ้ำ เนื่องจากบางคนไม่มีญาติพามาตรวจ ติดตามกิจในการประกอบอาชีพ บางคนปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากมีภาวะวิตกกังวล กลัวภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หรือบางคนไม่ได้งดยาที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด เป็นต้น

นอกจากนี้โรงพยาบาลราชบุรีได้ร่วมกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ได้พัฒนารูปแบบการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกแบบผู้ป่วยนอก (One day surgery) ตั้งแต่ปี 2560 เพราะเป็นเทคนิคการผ่าตัดที่ทันสมัย ช่วยลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล รวมทั้งลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลในการผ่าตัดน้อยกว่าการนอนรักษาในโรงพยาบาล เป็นการลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกจำเป็นต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี โดยมีการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมกระบวนการดูแลทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ป่วย รวมทั้งลดภาวะที่มีผลต่อความเสี่ยงระหว่างการทำหัตถการ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาแม้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านความจำทำให้ไม่สามารถจำคำแนะนำได้ครบถ้วน นอกจากนี้ยังมีระยะเวลาจำกัดในการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการ

ออกหน่วยเชิงรุกของหน่วยงานภายนอก ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังต้องการคำแนะนำ และมีความวิตกกังวลสูง แม้ว่าจะมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดีก็ตาม จึงมีผู้ป่วยหรือญาติโทรศัพท์กลับมาสอบถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น การหยอดตา การรับประทานยา ละลายลิ่มเลือด เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันยังขาดการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่าย⁶ ที่มีกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) การสร้างแผนการจำหน่ายโดยการนำข้อมูลจากการประเมินปัญหาและวางแผนมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วย และ 3) การปฏิบัติตามแผน การติดตามเยี่ยม และการประเมินผลหลังการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดภาวะวิตกกังวล และส่งเสริมการเผชิญภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก ก่อนเข้าห้องผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental study) ออกแบบการศึกษาเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยต่อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกที่โรงพยาบาลรพชบุรี อำเภอรพชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 15 กันยายน 2561 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 118 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด จึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1) เป็น

ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกด้วยวิธีคลื่นความเสียงสูง เป็นครั้งแรก ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดใดๆ มาก่อน 2) มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 85 ปี 3) รู้อักต้วติ สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการอ่าน การฟังและการเขียนและยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา 4) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์และ 5) ยินดีและสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด จึงกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ได้แก่ โรคที่เป็นปัญหาทางด้านกระดูกและข้อ นอนราบไม่ได้ กลัวความมืดและที่แคบ 2) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระบบการพยาบาลและให้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับที่กำหนดไว้

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) เป็นผู้ป่วยต่อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกที่โรงพยาบาลรพชบุรีอำเภอรพชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 15 กันยายน 2561 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดตามวิธีการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และมีทิศทางทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว⁷ ดังนี้

สูตรคำนวณ

$$n/gr = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

การวิจัยครั้งนี้มีความคล้ายคลึงคล่องกับงานวิจัย⁸ ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกก่อนและหลังการทดลอง โดยค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 48.08 (SD.= 2.97) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 45.60 (SD.=5.69) ฉะนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ของการทดสอบเท่ากับ 5.00% และอำนาจ การทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 90.00% จะต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง และคำนวณ Drop Out ได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 33 คนต่อกลุ่ม

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลราชบุรีเพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยให้เข้ารับการรักษาผ่าตัดต่อกระดูก ในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2) หากพบคุณสมบัติตามที่กำหนดผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3) ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเหมือนกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศและอายุ

4) สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้การสุ่ม (Randomization) วิธีการจับฉลาก โดยกำหนดจากหมายเลขผู้ป่วยนอกเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง เลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก พัฒนาโดยผู้วิจัยตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลจักษุ บ้านแพ้ว และกรอบแนวคิด^๑ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยในวันมารับการนัดหมายผ่าตัดต่อกระดูกล่วงหน้าและติดตามความพร้อมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ ระยะที่ 2 การเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด และระยะที่ 3 การดูแลผู้ป่วยในวันผ่าตัด และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด

โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย (1)

แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สำหรับประเมินความเสี่ยงความต้องการการดูแลต่อเนื่องและแผนการจำหน่าย (2) แบบบันทึกการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์ เป็นแบบติดตามความพร้อมก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งติดตามปัญหาการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ก่อนผ่าตัด 8 วัน เช่น การโทรศัพท์เตือนการงดรับประทานยาละลายลิ่มเลือด การควบคุมปัญหาสุขภาพจากโรคประจำตัว เป็นต้น (3) แผ่นพลิก คู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดต่อกระดูก พัฒนาโดยอ้างอิงจากคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาลจักษุ บ้านแพ้ว ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูก การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม และคู่มือการสอนการเช็ดตาแบบปลอดภัย และการหยอดตาอย่างถูกวิธีโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญโรคตา จำนวน 5 คนโดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา พบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด และ(4) วิดีทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ต่อกระดูก การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา

2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก และโรคร่วม

3) แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จาก Spielberger และคณะ^๑ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับว่ามีความตรงและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย ซึ่งแบบสอบถามความวิตกกังวลนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล แปลเป็นภาษาไทย โดยมาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์¹⁰ แบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด Lee and Robbins วิเคราะห์ความเที่ยงโดยวิธีการคำนวณ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของความวิตกกังวล แบบ A-State ระหว่าง 0.91-0.93 ซึ่งนับว่ามีคุณภาพ¹¹ ได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดด้วยการนำคะแนนที่ได้จากนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 155 คนโดยวิธีประเมินค่าคงที่ภายใน (Internal Consistency)

ด้วยสูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา แบบ A-State เท่ากับ 0.90 แบบประเมิน STAI Form Y-1 เป็นแบบประเมิน A-State หรือความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกมี 10 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงลบมี 10 ข้อ (ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 คะแนน ได้แก่ แทบไม่มีเลย มีบ้างบางครั้ง มีบ่อย และมีเกือบประจำ

ดังนั้น คะแนนรวมสูงสุดของแบบวัดคือ 80 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด คือ 20 คะแนน

ค่าคะแนนรวมมาก

หมายถึง ระดับความวิตกกังวลสูง

ค่าคะแนนรวมน้อย

หมายถึง ระดับความวิตกกังวลต่ำ

ซึ่งมีทั้งข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จากนั้นนำคะแนนรวมแล้วแบ่ง 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมตั้งแต่ 20-39

หมายถึง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวมตั้งแต่ 40-59

หมายถึง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมตั้งแต่ 60-80

หมายถึง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

4) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมและใช้กรอบแนวคิดของรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วย (Illness Believe Model, IBM)¹² ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อยและระดับน้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 20 -100 คะแนน และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.48 - 0.79

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความสามารถในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความสามารถในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความสามารถในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ความสามารถในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ความสามารถในการดูแลสุขภาพอยู่ในมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 100/2561 เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยออกหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล การวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลการให้บริการและการรักษาที่ได้รับทั้งนี้ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลง เข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในใบแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1) ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรี เมื่อได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2) การคัดกรองผู้ป่วยต่อกระดูกให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยการใช้สมาร์ตโฟนถ่ายภาพ Cornea ทำให้ผู้ป่วยรับรู้พยาธิสภาพของโรค ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจผ่าตัดต่อกระดูกด้วยความสมัครใจ

3) ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยหากผู้ป่วยให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูล

ส่วนบุคคลและแบบสอบถามความวิตกกังวลทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยมีขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

กลุ่มควบคุม 1) ระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ในวันนัดหมายการผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล หลังจากนั้นให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการผ่าตัดต่อระจกตามปกติพร้อมกับมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อระจก 2) ระยะวันผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 2 ก่อนเข้าห้องผ่าตัด และประเมินครั้งที่ 3 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และ 3) ระยะหลังจำหน่ายเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด 7 วัน ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดพร้อมนัดหมายการมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง 1) ระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ในวันนัดหมายการผ่าตัดผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล หลังจากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก โดยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งให้คำแนะนำ โดยใช้แผ่นพลิกคู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดต่อระจกฝึกการเช็ดตาและหยอดตาอย่างปลอดภัยโดยใช้อุปกรณ์จริง พร้อมทั้งมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อระจก 2) ก่อนผ่าตัด 8 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมทางโทรศัพท์ 3) ระยะวันผ่าตัด ผู้วิจัยทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติตัวแก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้ารับการผ่าตัดต่อระจกและประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 2 ก่อนเข้าห้องผ่าตัดและเมื่อผ่าตัดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 3 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อระจกอย่างครบถ้วน และ 4) ระยะหลังจำหน่าย ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองเพิ่มเติมหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อข้องใจ และผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความสามารถ

ในการดูแลตนเองเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์รวมทั้งนัดหมายเพื่อตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด 7 วัน และ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทางประชากร ความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เกี่ยวกับการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Normal Distribution)^{13,14} สถิติที่ใช้ในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ Shapiro-Wilk Test ซึ่งสามารถใช้ได้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบมีจำนวนไม่เกิน 50 ตัวอย่าง ($n \leq 50$ samples) และการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov Test of Normality โดยหากผลการทดสอบ Shapiro-Wilk Test หรือ Kolmogorov-Smirnov Test of Normality พบว่า มีค่า $p = .666, .863, .427$ และ $.599$ ตามลำดับ จะเห็นว่ามีความสำคัญทางสถิติของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ที่ระดับ $.05$ ($\alpha > .05$) จะแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของสถิติทดสอบ Independent t-test

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรม STATA version 10.0 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีการเตรียมความพร้อม และวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแล และได้รับข้อมูลจากพยาบาลและทีมสุขภาพเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประเมินผลซ้ำโดยการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน จากการคาดเดาภาวะเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และคลายความวิตกกังวลลง¹⁵ พบผลเช่นเดียวกับศึกษาการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การทำผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งแผนพบเพื่อช่วยเตือนความจำรวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ตลอดเวลากรณีที่มีข้อสงสัยเพิ่มเติมเมื่อกลับบ้าน และเมื่อถึงวันทำผ่าตัด กลุ่มศึกษาได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเข้าห้องผ่าตัด จนกระทั่งสิ้นสุดการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ยังได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมและเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อกลับกรณีมีข้อสงสัยเพิ่มเติม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการดูแลตามหลักการดูแลต่อเนื่อง⁶ สอดคล้องกับ^{16,17} การศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมีผลทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้^{18,19}

นอกจากนี้ผลการศึกษา²⁰ ที่ได้ศึกษาการสอนสุขศึกษาก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ โดยการให้คำแนะนำและให้คู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมขณะอาศัยอยู่ในโรงพยาบาล และการฟื้นตัวเมื่ออยู่บ้าน รวมทั้งการให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับเพื่อขอความช่วยเหลือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้อะลุและพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ตามแนวคิด⁶ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามตั้งต่อก่อนผ่าตัด 8 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ กรณีผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด มีการเตือนผู้ป่วยให้งดรับประทานยาละลายลิ่มเลือดตามแพทย์สั่งและก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์อีกครั้งเพื่อนัดหมายประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 1 วัน โดยมีการประเมินผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 วัน มีการสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การหยุดตา การเช็ดตาแบบปลอดเชื้อ การจัดการความปวด การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การแนะนำอาการผิดปกติหลังผ่าตัด รวมถึงการสอบถามถึงความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัย และในระหว่างที่ศึกษาผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ติดต่อสอบถามผู้วิจัยหากมีข้อสงสัย ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษา¹⁷ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวม น้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมน้อยกว่าเท่ากับ 34.272 คะแนน

การวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัย²¹ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลราชวิถี ประกอบด้วย วิถีทัศน์เรื่องโรคต่อกระดูกและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก สาธิตและฝึกปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาและครอบตา คู่มือปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก และโทรศัพท์เยี่ยมที่บ้านวันที่ 3

ของการผ่าตัด ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีความรู้ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษา²² ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่า กลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกในโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ²³ กล่าวได้ว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำ และประเมินกับผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน (Discharge planning) ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลสรุป โรคต่อกระจก (Cataract) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ ตาบอดมากที่สุดทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกการผ่าตัดต่อกระจกจึงเป็นการผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดแบบ One day surgery เนื่องจากการผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้เครื่องมือสลวยต่อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง เป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บน้อย แผลมีขนาดเล็กกระยะพักฟื้นตัวหลังผ่าตัดสั้น^{22, 24, 27} จากการศึกษาพบว่า มีหลายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดต่อกระจกแบบต้องนอนพักค้างคืนและแบบไม่ต้องนอนพักค้างคืนในโรงพยาบาล พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การผ่าตัดแบบ One day surgery ยังเป็นแนวคิดในการเพิ่มคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่าตัดตลอดจนสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล²⁸ แต่

ในขณะเดียวกันการผ่าตัดจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดต่อกระจก มีความวิตกกังวลสูง หากความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกาย เช่น ทำให้เกิดความเครียด มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ส่งผลเสียต่อร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดของแผลภายหลังผ่าตัด แล้วยังมีผลทางด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมด้วย การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมโดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยรวมมากกว่าเท่ากับ 1.51 คะแนน

อย่างไรก็ตามการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก จะช่วยให้ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลลง มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และส่งผลต่อคุณภาพ การมองเห็น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้คือ 1) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญต่อการปฏิบัติกรพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะและต่อเนื่อง ดังนั้น การใช้โปรแกรมจะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อต้องได้รับความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองภายใต้บริบทของผู้ป่วยแต่ละราย 2) ควรมีการปรับปรุงคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัด โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์มาร่วมให้การพยาบาล เนื่องจากเป็นสื่อที่นิยม และสามารถเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน และ 3) ควรมีการศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เพื่อคุณภาพงานบริการพยาบาลต่อไป

2. ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ คือ 1) การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกเนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการส่งเสริมความรู้และการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะและต่อเรื่องควรมีการต่อยอดแนวคิดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น Long Term Care หรือ Palliative care เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองภายใต้บริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และควรนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกกับที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่นอนโรงพยาบาล (One day surgery) ในกลุ่มอื่น เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุม และต่อเนื่องยิ่งขึ้น 2) การให้บริการผู้ป่วยต่อกระจกควรเน้นการบริการเชิงรุกโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทางการแพทย์ เนื่องจากมีใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถตอบสนองต่อวิถีชีวิตในสังคมปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับคำแนะนำได้อย่างสะดวก รวดเร็ว โดยพยาบาลสามารถตอบข้อซักถามได้อย่างทันที่ และ 3) สามารถนำไปใช้กับหอผู้ป่วยอื่น หรือสถานที่อื่น ที่มีลักษณะการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดคล้ายกัน เพื่อเป็นการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองเช่นเดียวกันนี้ให้แพร่หลาย

เอกสารอ้างอิง

- วัลลภ เอี่ยมสมบุญ. การดูแลดวงตาของผู้สูงอายุ. ใน: สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ, บรรณาธิการ. คลินิกชายวัยทอง. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปียอนด์เอ็นไพร์ จำกัด; 2545.
- พัฒพงษ์ กุลยานนท์, วัฒนีย์ เย็นจิตร, ฉวีวรรณ เย็นจิตร, ชัยรัตน์ เตังไตรรัตน์, วีรศักดิ์ อนุตรอังกูร, สุदारัตน์ นเรนทร์พิทักษ์. ต่อกระจก : ภาวะโรคที่สำคัญของประเทศไทย. จักษุสาธาณสุข 2007 ; 21 : 136-61.
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์. ภาวะสายตาเลือนราง: หลักการทั่วไป. ใน : ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, ณัฐพล วงษ์คำซ่าง, ภาคภูมิ คัมภีร์พันธ์, บรรณาธิการ. ตำราสายตาเลือนราง การดูแลรักษา และฟื้นฟู. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2549.
- Houde Susan Crocker, Martha A. Huff. Age-related vision loss in older adults : A Challenge for gerontological nurses. Journal of gerontological nursing 2003 ; 29(4) : 25-33.
- ภารดี นานาศิลป์. ต่อกระจก : การดูแล. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ; 2543.
- Rorden JW, Taft E. Discharge planning guide for nurses. Philadelphia : W.B. Saunders. 1990.
- วรรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการแพทย์: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
- ปรีศนีย์ พันธุ์สิกร, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก. วารสารสภาการพยาบาล 2563 ; 35(4) : 84-98.
- Spielberger C.D. Anxiety and Behavior. New York : Academic Press. 1966.
- มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา รายบุคคลตามแนวโรเจอร์สที่มีต่อความวิตกกังวลของเด็กหญิงที่ถูกล่วงเกินทางแพทย์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2542.
- นันทินี ศุภมงคล. ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2547.
- Wright L. M., & Bell, J. M. Beliefs : The heart of healing in families and illness. New York : Basic Books. 1996.
- Clinch J.J. & Keselman, H.J. Parametric alternatives to the analysis of variance. Journal of educational statistics 1982 ; 7(3) : 207-14.
- Cochran W.G. & Cox, G.M. Experimental Design. New York : John Wiley and Sons. 1976.
- สุชา ปาน้อยนนท์, อุษาวดี อัครวิเศษ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการดูแลสตรีที่ได้รับการผ่าตัดก่อนบริเวณเต้านม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2553.

16. Pager CK. Randomized controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. *Br J Ophthalmol.* 2005; 89(1) : 10-3.
17. เบญจวรรณ พวงเพชร, อุชาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก. *Journal of Nursing Science* 2016 ; 34(1) : 53-62.
18. ผุสดี บรมชนรัตน์. ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการลดความวิตกกังวลและการลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2559 ; 30(3) : 130-7.
19. ลุนนี จิมอาษา, วัลลภา ช่างเจรจา. ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุโรงพยาบาลบึงกาฬ. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม* 2563 ; 4(7) : 75-87.
20. Guo Ping, Linda East, Antony Arthur. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients : a randomized controlled trial. *International Journal of nursing studies* 2012 ; 49(2) : 129-37.
21. อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา* 2555 ; 28(2) : 1-12.
22. อุบล จ้วงพานิช, ณิชฎฐิญา ไชยวงศ์, จุรีพร อุ่นบุญเรือน. ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2551 ; 15 : 32-42.
23. กนกพร อริยวงษ์, ศุภพร ไพโรอุดม, ทานตะวัน สลึงค์. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสุโขทัย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี* 2562 ; 2(3) : 17-30.
24. ดิเรก ผาดิกุลศิลา. โรคต้อกระจก (Cataract). ใน : สมสงวน อัญญคุณ, ประภัสสร ผาดิกุลศิลา, นภาพร คานาวุฒิณ, ดิเรก ผาดิกุลศิลา, เกษรา พัฒนพิฑูร์ย์, บรรณาธิการ. *โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ*. เชียงใหม่: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2552.
25. จีรพล สุโภคเวช. (2558). *โรคต้อกระจกคือโรคอะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : file:///C:/Documents and Settings/user/Desktop/รู้เท่าทัน...โรคต้อกระจก (Cataract).html.*
26. สุธัญญา นวลประสิทธิ์, พวงเพชร วุฒิพงศ์. ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์โปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อกระจกและญาติ. *วารสารสภาการพยาบาล* 2552 ; 25(2) : 78-86.
27. จิรัชยา เจียวัก, สุภาวี หมดะด้า, เขมรัฐศา เข้มมะลวน. ความรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก. *วารสารหาดใหญ่วิชาการ* 2558 ; 13(1) : 35-45.
28. พรทิพย์ มงคลสวัสดิ์. การพัฒนารูปแบบการบริการการผ่าตัดผู้ป่วยโรคต้อกระจกแบบไม่พักค้างคืนโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2558 ; 12(1) : 71-6.

บทเรียนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของจังหวัดปัตตานี

Lesson Learned from Home Health Care Operation in Pattani Province

ศรีสุตา ลัพทวรรณ*

Srisuda Laphawan

Corresponding author : E-mail : tudtutani@gmail.com

(Received : December 1,2020 ; Revised : December 8, 2020 ; Accepted : December 21, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในจังหวัดปัตตานี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงผสมวิธี (Mixed Method)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดปัตตานี จำนวน 154 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 134 ราย (88.00%) ผลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ 6 ด้าน พบ (1) นโยบายดูแลสุขภาพแบบองค์รวม/เชิงรุก (31.00%) (2) มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคเพียงพอ/พร้อมใช้ (65.00%) (3) เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ (54.00%) (4) มีการให้คำปรึกษาทางไลน์แอปพลิเคชัน (69.00%) (5) ใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้าน (50.00%) และ (6) มีการดำเนินการในขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน (63.00%) จากการสนทนากลุ่ม พบว่า (1) ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านมีความคาดหวังให้ระบบเยี่ยมบ้านมีคุณภาพ ประชาชนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างครอบคลุม (2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของงานเยี่ยมบ้าน คือ เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย เข้าใจบริบทพื้นที่ ทีม สหวิชาชีพให้ความร่วมมือ มีระบบให้คำปรึกษา/ส่งต่อและมีโปรแกรมสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ มีระบบกำกับ/ติดตามโดยใช้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องผู้นำชุมชน และเครือข่ายต่างๆ ให้ความร่วมมือ และสนับสนุนงบประมาณ

สรุปและข้อเสนอแนะ : การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุข ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับจึงควรให้ความสำคัญ โดยการสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งมีระบบควบคุมกำกับ ติดตาม และการประสานงานที่ดี

คำสำคัญ : บทเรียน ; งานเยี่ยมบ้าน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ABSTRACT

Purposes : To explore the home health care operation in Pattani Province. The concept of the 6 building blocks of health system by WHO and the quality of criteria for home health care visit by Bureau of Nursing were used as a framework.

Design : Mixed method research

Materials and Methods : Participants were 154 health professionals who were responsible for home health care visit in hospitals and health promotion hospitals in Pattani Province. Data were collected using questionnaires and focus group discussions. Data were analyzed using content analysis.

Main findings : There were 134 participants participated in this study. The results shows the outcomes of home health care operation in 6 aspects (1) 31% of having holistic/proactive health care policy (2) 65% of having appropriate medical equipment and ready to use (3) 54% of visiting home by a multidisciplinary team (4) 69% of giving a counseling using Line application (5) 50% of using home visit program and (6) 63% of preparing prior to home visit. According to the focus group discussions, there were 24 persons participated. The results shows (1) health professionals who responsible for the home work expected to the quality of home care visit and all people received home visit, (2) the key success factors for a home visit included the knowledgeable staff, skills in patient care, understand the context, collaboration from multidisciplinary team, having a consulting/referring, and having effectiveness of technology, monitoring system by continuous care centers, cooperating from community leaders and net works, and supporting the budget.

Conclusion and recommendation : Home health care is an important tool for the public health to providing the fine quality living continuously. This need cooperation from all involved parts. The Ministry of Public Health's executives , therefore, should concern by providing good supports, regulation and coordination.

Keywords : Lesson Learned ; Home Health Care ; Pattani

บทนำ

สำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน¹ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน(Input) 2) กระบวนการบริการ (Process) 3) ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Output and Outcome) ซึ่งจากการวิจัยการปฏิบัติกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่บ้านของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2560 ตามแนวคิดเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักงานการพยาบาล¹ ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้าการดำเนินงาน 2) กระบวนการบริการ 3) ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในด้านผลลัพธ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถตอบผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านได้² เนื่องจากขาดการสื่อสารและการประชุมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งขาดการสนับสนุนทรัพยากร การควบคุม กำกับ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการทำงานหลากหลายรูปแบบและยังไม่ส่งผลต่อการจัดการเชิงระบบให้เกิดรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามที่ควรจะได้รับอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในความรู้ความสามารถของการปฏิบัติงาน และมีความปลอดภัย ซึ่งหากนำแนวคิด 6 Building Blocks of A Health System (6BB) มาใช้ในการวิเคราะห์และจัดทำแผนการดำเนินงานจะทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดและครอบคลุมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงศึกษาบทเรียนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดปัตตานีในแต่ละประเด็นตาม 6 BB เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดทำแนวทางการพัฒนางานเยี่ยมบ้านของจังหวัดปัตตานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทเรียนการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในจังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงผสมวิธี (Mixed Method) โดยวิธีการถอดบทเรียน รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล (Content Analysis) และแจกแจงความถี่ โดยการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน

เยี่ยมบ้าน 2 ขั้นตอน คือ 1)การส่งแบบสอบถามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามกรอบแนวคิดการวิจัยให้กับผู้รับผิดชอบงาน และ 2)เยี่ยมบ้าน ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2562 ถึงพฤษภาคม 2562

การรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานเยี่ยมบ้านด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ระหว่างวันที่ 27 - 28 มีนาคม 2562 การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2562 (เลขที่โครงการวิจัย RECPTN No.008/62)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/คำนวณขนาดตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของ รพ. สสอ. และรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดปัตตานี แห่งละ 1 คน รวม 153 คน

2. กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก จากประชากรของการวิจัย ดังนี้ ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของรพ./สสอ./รพ.สต. ในจังหวัดปัตตานีจำนวน 6 อำเภอๆ ละ1 คน รวม 18 คนผู้อำนวยการรพ.สต. จำนวน 6 อำเภอๆ ละ1 คน รวม 6 คนรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 24 คน

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำแบบสอบถามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามกรอบแนวคิดการวิจัย และทำหนังสือส่งไปยังโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งเพื่อกระจายแบบสอบถามให้กับผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของ รพ. สสอ. และรพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดปัตตานี จำนวน 12, 12, 129 แห่ง ตามลำดับ รวม 153 ฉบับ ซึ่งแบบสอบถามฯ ดังกล่าวประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 การดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ในแต่ละประเด็นตาม 6 BB คือ (1) ภาวะผู้นำ จำนวน 4 ข้อ (2) งบประมาณ จำนวน 2 ข้อ (3) กำลังคนฯ จำนวน 5 ข้อ (4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ จำนวน 4 ข้อ (5) ระบบข้อมูล จำนวน 4 ข้อ (6) ระบบบริการ จำนวน 6 ข้อ รวม 24 ข้อ

โดยทุกข้อเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง จากนั้นรวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของรพ. สสอ. และรพ.สต. ในจังหวัดปัตตานีจำนวน 24 คน ในประเด็น ต่อไปนี้ (1) ความสำเร็จที่คาดหวัง (2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (3) แนวทางแก้ไข/ปรับปรุง (4) การดำเนินงานเยี่ยมบ้านในแต่ละประเด็นตาม 6 BB ผู้วิจัยบันทึกเนื้อหาการประชุม รวบรวม วิเคราะห์เนื้อหา และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่

และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานการเยี่ยมบ้าน โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ผลการวิจัยจากแบบสอบถามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามกรอบแนวคิดการวิจัยจำนวน 153 ฉบับ ได้รับคืนมา 134 ฉบับ (87.58%) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากร (n = 134)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
1.อายุ (ปี)	23 – 35 ปี	78(58.21)
	36 – 48 ปี	42(31.34)
	49 ปี ขึ้นไป	42(9.70)
	ไม่ระบุ	13(9.70)
	Mean = 36.11 Min = 23 Max = 58	
2.อายุงาน (ปี)	1 – 10 ปี	68(50.75)
	11 – 20 ปี	21(15.67)
	21 ปีขึ้นไป	42(31.34)
	ไม่ระบุ	3(2.39)
Mean = 14.68 Min = 1 Max = 38		
3.ประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้าน	1 – 10 ปี	112(83.58)
	11 – 20 ปี	8(5.97)
	21 ปีขึ้นไป	7(5.22)
	ไม่ระบุ	7(5.22)
Mean = 7.15 Min = 1 Max = 32		
4.ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ	109(81.34)
	นักวิชาการสาธารณสุข	15(11.19)
	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3(2.24)
	ผู้อำนวยการ รพ.สต.	5(3.73)
	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1(0.75)
แพทย์แผนไทย	1(0.75)	
5.ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญา	2(1.49)
	ปริญญาตรี	127(94.98)
	สูงกว่าปริญญาตรี	5(3.73)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากร (n = 134)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
6.สถานที่ปฏิบัติงาน	รพ.สต.	116(86.56)
	รพ.	10(7.46)
	สสอ.	5(3.73)
	ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)	2(1.49)
	ไม่ระบุ	1(0.75)

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.21) อายุตั้งแต่ 23 – 35 ปี (30.75%) ปฏิบัติงานมาแล้ว 1 – 10 ปี (83.58%) ประสบการณ์เยี่ยมบ้าน 1 – 10 ปี (81.34) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (94.98%) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และ(86.56%) ปฏิบัติ

งานในรพ.สต.

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานเยี่ยมบ้านในแต่ละประเด็นตาม 6 Building Blocks โดยจำแนกตามกลุ่มของคำตอบจากแบบสอบถาม ในแต่ละประเด็นที่มีความถี่สูงสุดลำดับแรก ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในแต่ละประเด็นตาม 6 Building Blocks

ข้อคำถาม	จำนวน(ร้อยละ)
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล(Leadership/Governance)	
1. กำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม/เชิงรุก	41(30.60)
2. กำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน	21(15.67)
3. กำหนดตัวชี้วัดเป็นอัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	18(13.43)
4. ติดตามผลการดำเนินงานจากรายงานและโปรแกรม Home Healthcare	43(32.09)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ(Healthcare Financing)	
1. มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคเพียงพอ/พร้อมใช้	87(64.93)
2. มีเครื่องวัดความดันโลหิตเพียงพอ/พร้อมใช้	82(61.19)
3. มีกระเป๋าเยี่ยมบ้านเพียงพอ/พร้อมใช้	79(58.95)
กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	
1. มีทีมสหวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวเป็นทีมเยี่ยมบ้าน	73(54.48)
2. ทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วนร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี	100(74.63)
3. สมรรถนะของทีมเยี่ยมบ้านมีความรู้ด้านโรคเพียงพอ	109(81.34)
4. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นภาคีเครือข่ายในชุมชน	76(56.72)
สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical products, Technologies)	
1. มีการให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลผ่านทางโทรศัพท์ และไลน์แอปพลิเคชัน	93(69.40)
2. กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่จะเยี่ยมบ้านตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	53(39.55)

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในแต่ละประเด็นตาม 6 Building Blocks

ข้อคำถาม	จำนวน(ร้อยละ)
ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	
1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านจากโปรแกรม HHC	67(50.00)
2. ไม่มีฝั่งแสดงความชุกของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเยี่ยมบ้าน	104(77.61)
3. โปรแกรมสารสนเทศที่ใช้ในงานเยี่ยมบ้านเป็นโปรแกรม HHC	126(77.61)
4. ใช้ไลน์/กลุ่มไลน์เยี่ยมบ้านเป็นช่องทางการสื่อสาร	88(94.03)
ระบบบริการ(Service Delivery)	
1. วางแผนจำหน่ายโดยการประเมินอาการผู้ป่วย	45(33.58)
2. มีการดำเนินการในขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน	85(63.43)
3. กิจกรรมการพยาบาลที่บ้านเป็นการให้ความรู้/ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ	52(38.81)

จากตารางที่ 2 พบว่า ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ส่วนใหญ่มีติดตามผลการดำเนินงานจากรายงานและโปรแกรม Home Healthcare (32.09%) ด้านค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคเพียงพอ/พร้อมใช้ (64.93%) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพมีสมรรถนะของทีมเยี่ยมบ้านมีความรู้ด้านโรคเพียงพอ (81.34%) ด้านสื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลผ่านทางโทรศัพท์ และไลน์แอปพลิเคชัน (69.40%) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศมีการใช้โปรแกรมสารสนเทศที่ใช้ในงานเยี่ยมบ้านเป็นโปรแกรม HHC (94.03%) และระบบบริการมีการดำเนินการในขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน (63.43%)

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานเยี่ยมบ้านด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปัตตานี จำนวน 24 คน ในแต่ละประเด็น ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความสำเร็จที่คาดหวัง คือ ระบบเยี่ยมบ้านมีคุณภาพมีการจัดเก็บข้อมูลที่ต้องสมบูรณ์ และประชาชนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างครอบคลุม มีความรู้และตื่นตัวในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ เจ้าหน้าที่ : มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีความเข้าใจในบริบทพื้นที่ มีทีมงานที่เข้มแข็งทีมสหวิชาชีพให้ความร่วมมือ และมีระบบให้

คำปรึกษา/แนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ได้อย่างรวดเร็ว มีโปรแกรมสารสนเทศที่ใช้ในการติดตามข้อมูลการเยี่ยมบ้านมีระบบกำกับ/ติดตามโดยใช้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ผู้รับบริการ: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ และให้ความไว้วางใจเจ้าหน้าที่ และชุมชน : ผู้นำชุมชน/เครือข่ายต่างๆให้ความสำคัญ ให้ความร่วมมือ และสนับสนุนงบประมาณ

3. แนวทางแก้ไข/ปรับปรุง คือ การพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้าน เช่น หลักการเยี่ยมบ้าน/การ Empowerment ชุมชน จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดปีละ 1 ครั้ง การส่งเสริม/พัฒนาผู้นำชุมชนให้มีส่วนร่วมและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศที่ใช้ในงานเยี่ยมบ้านให้ครอบคลุมทุกงาน และสามารถเชื่อมโยงกันได้ และเพิ่มอัตรากำลังตามโครงสร้างที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ในปัจจุบัน

4. การดำเนินงานเยี่ยมบ้านในแต่ละประเด็นตาม 6 Building Blocks คือ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เช่น ด้านนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด พบปัญหาว่า นโยบายและตัวชี้วัดไม่ชัดเจน ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ด้านการติดตามควบคุมกำกับการทำงานพบปัญหาการไม่บูรณาการงานเยี่ยมบ้านกับ Catchment Area และมีข้อเสนอว่าควรมีศูนย์เยี่ยมบ้าน(Continuous of Care : CoC) เป็นหน่วยประสานและติดตามการดำเนินงานเยี่ยมบ้านในแต่ละอำเภอ การจัดสรรทรัพยากรพบปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอกับภาระงาน และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ และการจัดทำแผน

งาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับงานเยี่ยมบ้าน พบปัญหาว่าไม่มีแผนงานที่ชัดเจน ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น ด้านอุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน พบปัญหาว่าอุปกรณ์ไม่เพียงพอ/พร้อมใช้ บางโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ให้ยืม และการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์เครื่องใช้ให้มีประสิทธิภาพโดยการจัดระบบให้ยืมอุปกรณ์/การรับบริจาค ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญ และบทบาทไม่ชัดเจน การส่งต่อ พบว่าบางโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่จากหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบและด้านความรู้พบว่าบางโรงพยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิชอบงาน ด้านสื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์พบว่า มีการใช้ไลน์ในการติดต่อประสานงาน บางรพ.มีการแจก QR Code และประชาสัมพันธ์เบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 ให้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ข้อมูลสารสนเทศพบว่า บางโรงพยาบาลมีการใช้ Spot Map หรือ Google Map แสดงความชุกของผู้ป่วยแต่ยังไม่สามารถใช้เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการและศิษย์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านไม่ทันกำหนดเวลา 14 วัน ระบบบริการ พบว่าการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านมีการใช้หลัก INHOMESS มีการบันทึกใน Google Drive และในกระดาษ กิจกรรมการพยาบาล ที่บ้าน เช่น การสอนจิตอาสา การสอนผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver: CG) การสอนผู้เรียนในหลักสูตร การเรียนตามอัธยาศัย(กศน.) การสอนการทำหัตถการเบื้องต้น กระบวนการติดตามการดูแลต่อเนื่อง มีหลายรูปแบบ เช่น ระบบปรึกษา การติดตามผ่านกรุปไลน์/โปรแกรม HHC การจัดทำแผนเยี่ยมบ้าน การทำ Case Conference และการประสานการดูแล พบว่า บางอำเภอไม่มี CoC ในกรณีคนไข้ที่มีภาวะซับซ้อนจะมีระบบ Case Conference ร่วมกับองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น (อปท.) เพื่อช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจและสังคม

วิจารณ์

จากผลการวิจัย พบ (1) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลมี การกำหนดนโยบาย/เป้าหมาย/ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการดำเนินงานเยี่ยมบ้านน้อยหรือไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติขาดทิศทางในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสมภาร ศิโล³ ที่ว่าการกำหนดนโยบายเป็นสิ่งสำคัญในการผลักดันให้ผู้ปฏิบัติรับรู้ เข้าใจ ยอมรับและมีทัศนคติที่ดี อันจะเป็น

เครื่องมือที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ (2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่ามีการยืมอุปกรณ์หรือขอสับสนุนอุปกรณ์ที่ต้องใช้จากโรงพยาบาลและหน่วยสนับสนุนอื่น ทำให้การดำเนินงานขาดความคล่องตัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด² ที่สะท้อนมุมมองต่อการลงทุนด้านระบบสาธารณสุขของประเทศไทยว่าปัญหาความพอเพียงของทรัพยากรในระบบสาธารณสุขเป็นปัญหาเรื้อรังมานาน ควรมีการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ/ทรัพยากรจากแหล่งอื่น (3) กำลังคนด้านสุขภาพ พบว่ามีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี สอดคล้องกับแนวคิด¹ ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยทีมผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (4) สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ พบว่ามีการให้คำปรึกษาโดยใช้ไลน์แอดพพลิเคชัน ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน (5) ระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้โปรแกรมHHC ในการบันทึกและติดตามผลการปฏิบัติงาน แต่ยังมีปัญหาการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน จึงควรพัฒนาโปรแกรมให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ (6) ระบบบริการ พบว่ามีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านที่หลากหลาย สะท้อนถึงการขาดความรู้ ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติต่อหลักการในการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งควรนำปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยไปวางแผนพัฒนางานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือที่สำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุข ทั้งงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ งานเภสัชสาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค งานรักษาพยาบาลทั้ง Pre-Post Hospital (โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ) งานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ งานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย งานผู้พิการและด้อยโอกาสทางสังคม และงานฟื้นฟูสภาพ/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยนำผลการศึกษาค้นคว้าไปเป็นข้อมูลนำเข้าในการออกแบบระบบงาน พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ระบบรายงาน ระบบกำกับติดตาม ประเมินผล และการวางแผนพัฒนางาน/พัฒนาบุคลากรและเครือข่าย รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์จากแหล่งต่างๆ ให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล อันจะส่งผลให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่มี สุขภาวะ มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหน่วยงานราชการ ท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน รวมทั้งสร้างความพึงพอใจ ทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรให้ความสำคัญต่องาน เยี่ยมบ้านเพราะเป็นพื้นฐานของงานสาธารณสุขทุกงาน โดย การกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และสนับสนุนงบประมาณใน การดำเนินงานทั้งในส่วนของแผนปฏิบัติการและงบลงทุน รวมทั้งมีการถ่ายทอดนโยบายให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกระดับได้รับทราบและดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติควรทบทวนและศึกษา ความรู้เกี่ยวกับงานเยี่ยมบ้านเพิ่มเติม ควรแต่งตั้งคณะ ทำงานพัฒนางานเยี่ยมบ้านทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อกำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน รวมทั้งติดตามประเมินผล ควรประสานงาน/บูรณาการและ ขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การ ดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำผล การวิจัยไปกำหนดแนวทางในการพัฒนางานเยี่ยมบ้าน และ

ประเมินผลการดำเนินงาน(Research and Development) รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากการดำเนินงานเยี่ยมบ้านเป็นงานในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณที่ปรึกษาการวิจัย : รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช รศ.ธราดล เก่งการพานิช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดร.จตุพร วิศิษฏ์โชติอังกูร นักวิชาการอิสระ ผศ.ดร.จินตนา คำเกลี้ยง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ และผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของจังหวัดปัตตานีทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญศิริ อัดถาวงค์, นิษฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ, ฮารูน สาดหลี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560 ; 4(1) : 73 – 85.
2. ซีระ วรณารัตน์. วารสารสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย 2559 ; 36(1-3) : 15 - 17.
3. สมภาร ศิโล. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนา วิชาการในสถาบันอุดมศึกษา : กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2552.

**ผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด**
**The Effect of Education Program on Knowledge, Self-Care Behavior and
Quality of Life in Asthma Patient at Phanomphrai Hospital, Roi Et province**

สวรรณค์ รุจิชาญกร*

Sawan Rujichayagoon

Corresponding author: E-mail: Sky_ruji13@hotmail.com

(Received: December 1,2020; Revised: December 8, 2020; Accepted: December 21, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด (อายุ 15ปีขึ้นไป) ที่เคยมีอาการหอบหืดกำเริบ ในปีงบประมาณ 2562 สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการสอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด และหาความเที่ยงโดยสูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด และหาความเที่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติที (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.55 คะแนน (95% CI 1.81 : 3.28) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.05 คะแนน (95% CI 2.94 : 5.16) และร้อยละคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 16.30 คะแนน (95%CI 12.86 : 19.73)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้โปรแกรมการสอน ทำให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น และควรนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืดอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โปรแกรมการสอน ; ความรู้ ; พฤติกรรมการดูแลตนเอง ; คุณภาพชีวิต ; ผู้ป่วยโรคหืด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

ABSTRACT

Purpose : The purpose of this study was to evaluate the effect of training program on knowledge, self-care behaviors, and quality of life in asthma patient.

Design : Quasi-Experiment Research

Materials and Methods : The samples were asthma patients over 15 years old, which exacerbation. The observational study was conducted from 1st October 2019 to 30th September 2020. The subjects were randomly assigned into experimental group (n= 20) The research instruments in this study consist of training program to enhance the patient's knowledge of the asthma, and the questionnaires testing asthma knowledge. The reliability of the questionnaire was determined by Kuder Richardson (KR-20) which showed reliability of .70 The questionnaires of self-care behaviors. The reliability of the self-care questionnaires was determined showed reliability of .80 The Quality of Life Index that was determined the reliability by Cronbach's Alpha Coefficient showed 0.84 The data was analyzed by using frequency, mean, percentage, standard deviation, and analyzed by SPSS for windows (Paired t-test) at a significant level .05

Main findings : The knowledge and understanding of the asthma, Self-care behaviors and Quality of Life Index of the experimental group after the training program was increased significantly ($p < .001$) The knowledge mean score was increased 2.55 points (95% CI 1.81 : 3.28), Self-care behaviors average score was increased 4.05 points (95% CI 2.94 : 5.16) and the percentage of Quality of Life index was increased 16.30 points. (95% CI 12.86 : 19.73)

Conclusion and recommendations : The findings suggest that after the training program the patients have improvements in the knowledge of asthma, self-care behaviors, and the Quality of Life Index. Hence, this program could be used in order to enhance the knowledge of asthma and to promote and improve the self-care behaviors.

Keywords : Education Program ; Knowledge ; Self – Care Behavior ; Quality of Life ; Asthma Patient

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 255,000 คน ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหืดเสียชีวิตจำนวน 6,808 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยโรคหืดของโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 3 ปีย้อนหลัง(พ.ศ. 2560,2561 และ2562) คือ 744 คน 828 คนและ 911 คนตามลำดับ และพบว่าต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบรุนแรง ร้อยละ 29.3, 27.3 และ 23.5 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าต้องกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ

4.8, 6.3 และ 9.1 ตามลำดับ และต้องเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 3.3, 3.9 และ 3.3 ตามลำดับ ซึ่งการกำเริบดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านเศรษฐกิจ 4) ด้านสังคม จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับตัวเองได้อย่างเหมาะสมขาดทักษะในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ การป้องกันที่สามารถทำได้คือ การให้ความรู้ในการประเมินความรุนแรงของโรค และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยดำรงคุณภาพชีวิตและมีสมรรถภาพปอด เช่นเดียวกับคนปกติ ตามธรรมชาติของโอเรอิม¹ เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการ

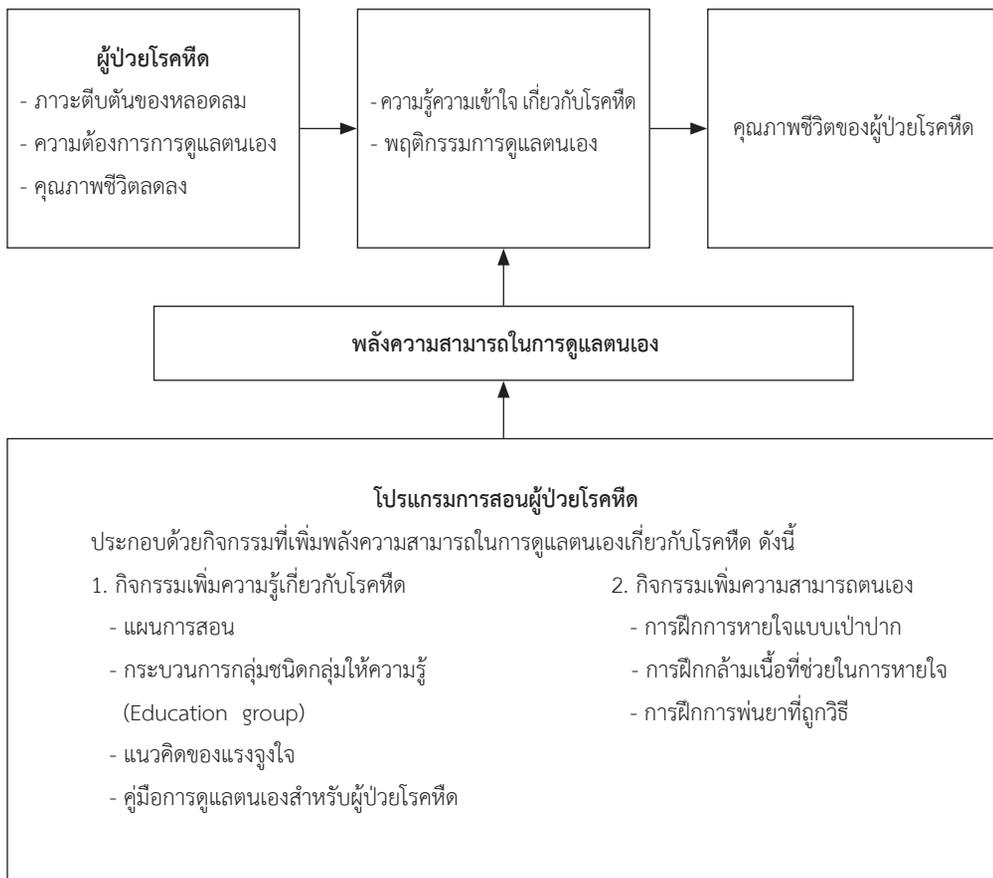
ดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ให้เพียงพอ ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทโดยอิสระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด การให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จะเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยเพิ่มความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งโปรแกรมการสอนจะประกอบด้วยแผนการสอนโรคหืด คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด เทคนิคการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง และการฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดของแรงจูงใจมา

ใช้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการมากขึ้นมีการควบคุมโรคที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคหืดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร
2. เพื่อศึกษามลของโปรแกรมการสอนนี้ที่ขัดต่อคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนคุณภาพชีวิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ประกอบด้วยกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลัง (One group pretest – post-test design)

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือผู้ป่วยโรคหืด (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ทั้งเพศหญิงและ เพศชาย โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหืดที่เคยมีอาการหอบหืดกำเริบจนต้องมาพินยาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง หรือเคยมีอาการหอบจนต้องรับไว้ในอนรรักษาในโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 31 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table)² และเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากจากหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคหืดได้กลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนด จำนวน 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมไพร 2) วัดคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 3) เคยมีอาการหอบจนต้องมาพินยาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงในปีงบประมาณ 2562 4) เคยมีอาการหอบจนต้องรับไว้ในอนรรักษาในโรงพยาบาลพนมไพร ในปีงบประมาณ 2562

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากปอดแตก ปอดแฟบ และโรคหัวใจ โดยเกณฑ์ในการพิจารณาของภาวะแทรกซ้อน ตามการวินิจฉัยของแพทย์ 2) ผู้ป่วยโรคหืดที่ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูล และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการสอนซึ่งประกอบด้วยคู่มือการใช้โปรแกรมการสอน แผนการสอนโรคหืด และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ตอน ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการดูแลรักษาโรคหืด และข้อมูลค่า Peak Flow Meter ของผู้ตอบ

2.2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

2.4 แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 5 มิถุนายน 2563 หมายเลขใบรับรอง COE 0522563 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอน การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ และนำมาเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยนำมาแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนค่าร้อยละ ส่วนคะแนนความรู้เรื่องโรคหืด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต นำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติที่ (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหืด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 20 ราย เป็นกลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายน้อยกว่าเพศหญิงคือ 15.00% และ 85.00% ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี (55.00%) ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา (85.00%) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (60.00%) มีระยะเวลาการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด 1-5 ปี (40.00%) และพบว่าในกลุ่มตัวอย่างนี้มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดเฉลี่ย 10 ปี ย่าที่ใช้ในปัจจุบัน ใช้ยาชนิดรับประทาน (40.00%) และใช้ยาชนิดพ่นมากกว่า 1 ชนิด (100.00%) กลุ่มตัวอย่างนี้ไม่ใช้ยาสมุนไพร (90.00%) และพบว่า มีผู้ดูแลที่บ้านขณะเจ็บป่วย (95.00%)

ตารางที่ 1 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด ในกลุ่มทดลองก่อนและภายหลัง การสอนอย่างน้อย 2 สัปดาห์

ความรู้เรื่อง โรคหืด	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (n)	Mean (SD.)	Mean diff (SD.)	95% CI		p
				Lower	Upper	
ก่อนทดลอง	20	7.00 (1.81)	2.55 (0.35)	1.81	3.28	<.001
หลังทดลอง	20	9.55 (0.51)				

จากตารางที่ 1 หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.55 คะแนน (95% CI : 1.81, 3.28)

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง ก่อนและภายหลังการได้รับ โปรแกรมการสอน ในสัปดาห์ที่ 4

พฤติกรรม	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (n)	Mean (SD.)	Mean diff. (SD.)	95% CI		p
				Lower	Upper	
ก่อนทดลอง	20	14.45 (2.89)	4.05 (0.53)	2.94	5.16	<.001
หลังทดลอง	20	18.50 (1.36)				

จากตารางที่ 2 หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.05 คะแนน (95% CI : 2.94, 5.16)

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของร้อยละคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองก่อนและ ภายหลังได้รับโปรแกรม การสอนในสัปดาห์ที่ 4

คุณภาพชีวิต	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (n)	Mean (SD.)	Mean diff. (SD.)	95% CI		p
				Lower	Upper	
ก่อนทดลอง	20	61.46 (9.61)	16.30 (1.64)	12.86	19.73	<.001
หลังทดลอง	20	77.76 (7.91)				

จากตารางที่ 3 หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิต ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีร้อยละคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 16.30 คะแนน (95% CI : 12.86,19.73)

วิจารณ์

โปรแกรมการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการสอนอย่างมีแบบแผนที่สามารถนำผู้เรียนไปสู่ขีดความสามารถที่ต้องการได้ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับความรู้และการส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ครั้งละ 45-60 นาที และใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนที่บ้านอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยเพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด คนละ 1 เล่ม

ผลการศึกษานี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง และร้อยละคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกับสมมติฐานของการวิจัย ผลการศึกษาที่ผ่านมา มีลักษณะคล้ายคลึงกับสุขาดา มานะสถิตย์³ ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก สื่อวีดิทัศน์ ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มมีคะแนนความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการจับหืดในเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสอน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม⁴ ในการกำหนดเนื้อหา วิธีการสอนในครั้งนี้ได้กำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 2 และให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ อีกครั้ง และมีการเสริมแรงจูงใจโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถฝึกได้ดี และดูแลตนเองจนสามารถลดอาการกำเริบของโรคได้ให้สาธิตเป็นแบบอย่างที่ดี ชมเชยและให้กำลังใจเป็นระยะ จะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรสุดา ทะธรรมย์⁵ ที่ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้

มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหืดและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สอดคล้องกับการศึกษาของวิดา สุวรรณชาติ และนรลักษ์ม อี้อีก⁶ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ด้วยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่บ้านเพื่อเน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่สูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ วิชัย ศรีมา⁷ ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานหลังจากได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานถูกต้องเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง สอดคล้องกับศิวินันท์ พองจันทร์⁸ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ชมวีดิทัศน์ การบรรยายให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบ การสาธิตและการฝึกทักษะ และการให้กำลังใจจากครอบครัว พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตน ความรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของการเรียนรู้ ความรู้ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยม และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้อง ความรู้จึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย⁹

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำโปรแกรมการสอนสำหรับผู้ป่วยโรคหืดไปใช้อย่างต่อเนื่องทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน และเพิ่มการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ เพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ควรมีการศึกษาโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล คณะวิทยากร และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้โอกาส และทุนสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ทุกท่าน ผู้วิจัยขอระลึกถึงและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Orem, D.E. & Taylor, S.E. Orem's General Theory of Nursing. New York:L National League for Nursing. 1995.
2. Cohen, Sheldon. Perceived stress in a probability sample of the United States. 1988.
3. สุชาติ มานะสถิต. ผลของโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจับหืดในเด็ก [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2558.
4. Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 4th. ed. Philadelphia : Mosby Year Book. [n.d.]. 1991.
5. จิรสุดา ทะเรรัมย์. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
6. วิยดา สุวรรณชาติ, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่. วารสารกิจการชุมชน 2559 ; 23(1) : 60-72.
7. วิชัย ศรีผา. ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2557 ; 8(3) : 268-78.
8. ศิวพันธ์ ฟองจันทร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2558.
9. ปิติกานต์ บุรณภาพ. หอบหืด ภูมิแพ้ ดูแลเป็น. กรุงเทพฯ : ยูโรปา เพลส; 2554.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

Development of Care Model for Chronic Kidney Disease Stage 3 in Nadoon District, Maha Sarakham Province

สุวคนธ์ เหล่าราช* ละออง เดิมทำรัมย์*

Suwakon Laorat, Laong Dermtamrum

Corresponding author : E-mail : suwanna_na123@hotmail.com

(Received: December 1,2020 ; Revised : December 8, 2020 ; Accepted: December 21, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

รูปการการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน รวม 170 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า การประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีน้อย ผู้ป่วยผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง อัตราการกรองของไต เฉลี่ย 46.91 มล./นาที/1.73ตร.ม. 2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยการประชุมทีมสหวิชาชีพปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม.และผู้นำชุมชน เรื่องโรคไตเรื้อรัง และประชุมเชิงปฏิบัติการใช้รูปแบบ 1ค+2อ+1ส. คือ 1ค.(ความรู้) โรคไตเรื้อรัง+2อ. (อาหาร ออกกำลังกาย)+1ส (สมาธิบำบัด SKT) 3)ระยะทดลองใช้รูปแบบ นำรูปแบบไปใช้ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง และพัฒนาระบบบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4)ระยะประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตเพิ่มจากค่าเฉลี่ย eGFR 46.91 มล./นาที/1.73 ตร.ม. เป็น 54.57 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการฝึกอบรม บุคลากรสาธารณสุขผู้ดูแลและ อสม./ผู้นำชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย มีอัตราการกรองไตและมีความรู้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ; การมีส่วนร่วม ; โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาดูน

ABSTRACT

Purpose : The purpose of this study were development of care model for chronic kidney disease stage 3 in Nadoon District, Mahasarakham Province.

Design : Action research

Materials and Methods : Purposive sampling groups 170 persons included chronic kidney disease stage 3 patients, multidisciplinary team members, village health volunteers, and village headmen. Applied tools included satisfaction questionnaire, examination, and focus group discussion and observation. The analysis data used statistics, average, standard deviation and t -test, and content analysis.

Main findings : 1. Analyzing stage found that unclear and continuing coordination system, less participation, patients, village health volunteers, and village headmen lacked of knowledge and had incorrect belief and the average of eGFR in chronic kidney disease stage 3 patients was 46.91 ml/min/1.73 m² 2. Development stage found that organize a team to develop care model for chronic kidney disease stage 3 in diabetes mellitus and hypertension patients in Nadoon District by meeting multidisciplinary team members to improve guideline chronic kidney disease care, development potential workshop for health personnel patients, care givers, village health volunteers and village and this workshop using 1. Chronic kidney disease knowledge 2. Food and exercise 3. SKT meditation 3. Trail stage found that this model was used in chronic kidney disease clinic and linked to develop service system at health promoting hospital by taking 1. Chronic kidney disease knowledge 2. Food and exercise 3. SKT meditation to risk persons included chronic kidney disease stage 1-2, care givers, village health volunteers, village headmen, and multidisciplinary team members. Home visit to advise and mental support found that care givers participate to care patients about food, medicine, exercise and SKT meditation. 4. Evaluation stage found that increasing the average of eGFR from 46.91 to 54.57 ml/min/1.73 m², After intervention, health personnel, carers and volunteers / community leaders had increased knowledge of chronic kidney disease ($p < .001$)

Conclusion and recommendations : The results of this research that care model for chronic kidney disease stage 3 resulted a target group had increased glomerular filtration rate and knowledge.

Keywords : Care model; Participation ; Chronic kidney disease stage 3

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบและตรวจพบเมื่อโรคดำเนิน การไปนานแล้วจนเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD)¹ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 พบว่ามีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งสิ้น 59,830 ราย แยกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 30,627 ราย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 26,633 ราย ผ่าตัดเปลี่ยนไตจำนวน 205 ราย และได้รับยากดภูมิ จำนวน 2,365 ราย² คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสูงถึง 8 ล้านคน คิดเป็น (17.00%) ของประชากรซึ่งสูงติดอันดับ 3 ในอาเซียน และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี

โรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง³ ซึ่ง 1 ใน 3 เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ดังนั้นการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) การบำบัดทดแทนไต มี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต 2) การรักษาแบบองค์รวมชนิดการประคับประคอง โดยแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อด้อย และรายละเอียดในการดูแลทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายต่างกัน เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ ช่วงเวลา ค่าใช้จ่าย สถานที่ทำ และการพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีความเครียดและสภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลงถึงร้อยละ 30⁴ และยังพบว่าระดับความสามารถในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นระยะที่มีอาการของเสียคั่ง (Uremia) ค่าซีรัมครีเอตินินมากกว่า 8 mg.% มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในหลายระบบได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสอาหารลดลง เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากและเหงือกอักเสบ ระบบหายใจจะมีอาการน้ำท่วมปอด

เยื่อหุ้มปอดอักเสบ หายใจหอบ ระบบหัวใจและหลอดเลือดจะมีอาการความดันโลหิตสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ วิงเวียน ปวดศีรษะเรื้อรัง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยจะบวม ปัสสาวะออกน้อย ระบบผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีอาการผิวแห้ง ผิวคล้ำและคัน ระบบเลือดจะมีอาการซีดจากภาวะไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และเม็ดเลือดแดงแตกทำลายมากขึ้น เกร็ดเลือดลดลง เลือดออกง่าย การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ระบบภูมิคุ้มกันลดลงเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ระบบประสาทจะมีอาการชา ที่แขน ขา ปลายมือ ปลายเท้า เดินเซ วังซิม สับสน ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ประสาทหลอน เพื่อ ชักและหมดสติ⁵ การรักษามีความซับซ้อน มีความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวตามวิธีการรักษา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ท้อถอย และยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่อยู่กับความเจ็บป่วยไปตลอดชีวิต

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลนาคน อำเภอนาคน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงและต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นหลัก โดยปี 2560-2562 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 302, 328 และ 330 รายตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การให้บริการในรูปแบบเดิม พบว่า กระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในทุกด้าน ขาดความเชื่อมโยงการทำงานและการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนถึงขาดการพัฒนาทักษะ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และการประชาสัมพันธ์ รมรงค์ให้เกิดความรู้ ยังไม่เข้าถึงประชาชนเท่าที่ควร ทำให้ประชาชนไม่เข้าใจและไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เชื่อมโยงถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) สถานที่จัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง ไม่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการรักษาดูแลอย่างถูกต้อง ก็จะมีผลให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้น

เป็นระยะที่ 4,5 หรือระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ที่ต้องรักษาโดยการฟอกเลือดหรือล้างไตทางหน้าท้อง รวมไปถึงการดูแลแบบประคับประคองเกิดความเครียดทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

การช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นคือการชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องโดยร่วมจัดกิจกรรม การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้านร่วมกัน สร้างความตระหนักทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลในชุมชนโดยชี้แนะสนับสนุนให้การดูแลแบบองค์รวมปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย^{6,7,8} เป็นกลวิธีหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากปัญหาและแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะเป็นประโยชน์ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอนาดูน 9 ตำบล 94 หมู่บ้าน

2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย

2.1 ผู้ร่วมวิจัยหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาดูน จำนวน 60 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 60 คน และทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดจำนวน 20 คนโดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม.ตัวแทนประชาชน จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย แบ่งเป็นได้ 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาโดยวิเคราะห์สถานการณ์ โดยดำเนินการ คือ

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยประเด็นที่ทบทวน คือ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate, eGFR)

1.2 ทบทวนแนวทางปฏิบัติการรักษาของทีมสหวิชาชีพ และระบบการดำเนินงาน

1.3 สทนากลุ่ม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

1.4 สทนากลุ่มกับญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อสม. ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคการดูแลและหาแนวทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น

1.5 สัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมนำระดับผู้บริหาร เช่น นายอำเภอนาดูน นายกเทศบาลนาดูน นายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาดูน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เป็นต้น เพื่อขอทราบปัญหาในการให้บริการดูแลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในชุมชน และหาแนวทางแก้ไข ปัญหา

1.6 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ระยะที่ 2 ดำเนินวางแผนการสร้างแนวทางพัฒนา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการพัฒนาแนวปฏิบัติงาน วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

2.2 คั้นข้อมูล สภาพปัญหาที่ค้นพบให้แก่ทีมซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนากร และนักกายภาพบำบัด ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ประชาชน ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อรับทราบปัญหาโรคไตเรื้อรังที่พบในพื้นที่ เพื่อวางแผนหาแนวทางการแก้ไข้ปัญหาต่อไป

2.3 ประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนากร และนักกายภาพบำบัด ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ประชาชนจำนวน 50 คน เพื่อสร้างรูปแบบเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอนาดูน โดยได้กำหนดรูปแบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีรูปแบบ 1ค.(ความรู้โรคไตเรื้อรัง)+2อ.(อาหาร/ การออกกำลังกาย)+1ส.(สมาธิบำบัดSKT3 ท่า)

ระยะที่ 3 ทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของโรงพยาบาลนาดูน ผู้วิจัยได้ทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้รูปแบบ 1ค+2อ+1ส มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย การเก็บข้อมูล การใช้แนวทางในการปฏิบัติโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คนซึ่งนำไปทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 60 คน และนำรูปแบบไปขยายให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในอำเภอนาดูน

ระยะที่ 4 ระยะเวลาประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประเมินดังนี้

4.1 ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องได้ประเมินผลจากแบบสังเกตเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และทักษะการบริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 60 คน

4.2 สัมภาษณ์เชิงลึก นายอำเภอนาดูน นายกเทศบาลตำบลนาดูน นายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อรับทราบปัญหาและหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

4.3 ประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แบบทดสอบความรู้

4.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกรนักโภชนากรและนักกายภาพบำบัด

4.5 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่ปรับปรุงมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมาดังมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการรักษา

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหวิชาชีพ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับมิติการดูแลด้านสุขภาพมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51- 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51- 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด นำไปหาความตรงด้านเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .85 และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความ พึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51- 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51– 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด นำไปหาความตรงด้านเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .85 และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .80

4. การสนทนากลุ่มเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถาม กำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผลกระทบที่เกิด วิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

5. แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนเป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือกแบบกา ถูก-ผิด ตัวเลือกมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายสมาธิบำบัด การใช้ยาและผลิตภัณฑ์อาหารเสริม จำนวน 15 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา KR 20 = 0.76

6. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา KR 20 = 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องโดยแบบตรวจสอบสามเส้า ซึ่งใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนาคนู วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2562 เลขที่จริยธรรมวิจัย ND 01/2019 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเวลาในการ

ตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกจะไม่สะดวก

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2560-2562 จำนวน 1,705 ราย 1,870 ราย และ 1,962 รายตามลำดับ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2560-2562 จำนวน 1,591 ราย 1,772 ราย และ 1,968 รายตามลำดับ จากการทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า eGFR เดือน มกราคม 2562 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a อำเภอนาคนู มีค่า eGFR 45-60 มล./นาที/1.73ตร.ม.เท่ากับ 250 คน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b มีค่า eGFR <45 มล./นาที/1.73ตร.ม.เท่ากับ 82 คน รวมมีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอนาคนูจำนวน 332 คน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นระยะที่ 4 เพิ่มขึ้น

การสนทนากลุ่มพบปัญหาอุปสรรคดังนี้ 1) การทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงานไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ สถานที่จัดให้บริการ ไม่เป็นสัดส่วน แออัด 2) ด้านกระบวนการดำเนินงานไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจังไม่มีแนวทางการปฏิบัติงาน ไม่มีทีมสหวิชาชีพ ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน 3) ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแลพบว่า ขาดผู้ดูแลต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม อีกทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะเป็นกลุ่มคนที่มีอายุมาก 4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ชุมชนขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

2.1 จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันจัดทำแนวทางการ

ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ให้ได้ตามมาตรฐาน สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด

2.2 ทำแผนปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของเขตสุขภาพที่ 7 เป้าหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และระวังรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยมีแนวทาง การดูแลผู้ป่วยบูรณาการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง

2.3 ทำแผนการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแล

2.4 ทำแผนจัดระบบบริการในโรงพยาบาลโดยกำหนดสถานที่จัดทำคลินิกโรคไตเรื้อรัง การนัดหมายผู้ป่วยมีการจัดเตรียมแฟ้มประวัติของผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน มีการซักประวัติการเจ็บป่วย ตรวจคัดกรอง ประเมินอาการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ จัดตารางการให้สุขศึกษา การฝึกปรุงอาหารเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน มีการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Hos-Xp มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ อสม. ผู้นำชุมชน จัดระบบเพื่อให้มีการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการทำกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแล

2.5 เสริมสร้างพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ/หรือผู้ดูแลรวมทั้งจัดการอารมณ์โดยได้จัดรูปแบบการบริการแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในรูปแบบ 1ค+2อ+1ส ดังนี้ 1ค : ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 2อ: คือความรู้เรื่องอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและการออกกำลังกายที่เหมาะสม 1ส: สมาธิ SKT 3 ท่า

2.6 การดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยความร่วมมือของ อสม. กลุ่มผู้นำชุมชนร่วมจัดตั้งชุมชนรักชาติต้นแบบ มีการกำหนดมาตรการ การดูแลชุมชนตนเอง โดยจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน รมณรงค์ห้ามการจำหน่ายยาชุด ลดการกินน้ำหวาน น้ำอัดลม ให้ความรู้เรื่องอาหารรสเค็ม การปรุงอาหารรับประทานเอง มีการทำเศรษฐกิจพอเพียงในครอบครัว เช่น การปลูกผัก การเลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา

2.7 มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่

3 ซึ่งเดิมไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ทำงานโดย อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เท่านั้น ต่อมามีการจัดตั้งชมรมคนรักชาติทุกตำบลโดยความร่วมมือของผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในพื้นที่

2.8 มีจิตอาสาหรือเรียก Care giver ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน

ระยะที่ 3 ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สู่การปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในโรงพยาบาล มีการดำเนินงานดังนี้

(1) มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลนาดูน จัดสถานที่คลินิกพิเศษ กำหนดให้บริการทุกวันจันทร์และวันพุธ คือ 2 วัน/สัปดาห์ให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และกำหนดผู้รับผิดชอบงานชัดเจนมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร

(2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ ในรูปแบบ 1ค+2อ+1ส

(3) พัฒนาการประสานงานและการส่งต่อ เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบเอกสารส่งต่อ เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น LINE กลุ่มข้อความอิเล็กทรอนิกส์โทรศัพท์เคลื่อนที่

(4) พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาโรคไตเรื้อรัง โดยมีแพทย์และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานให้คำปรึกษาประจำกลุ่มงานโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนาดูน

(5) จัดบริการในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส

(6) มีขั้นตอนการให้บริการ ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงานในการบริหารจัดการดูแลในภาพรวม โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและสังคม

(7) กำหนดขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้พบทีมสหวิชาชีพ โดยแบ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ออกเป็น 2 กลุ่มใช้รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ได้มีการติดตามประเมินผลการตรวจ eGFR

(8) มีทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทุก 3 เดือน เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และติดตามอาการ

ทบทวนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

3.2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในชุมชน มีการดำเนินงานดังนี้

(1) โรงพยาบาลนาคนูนและ รพ.สต. ทั้ง 12 แห่ง ได้จัดบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยนำรูปแบบการจัดกิจกรรม 1ค +2อ+1ส มาใช้ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

(2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการตรวจ eGFR 2 ครั้ง/ปี ได้นำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอนาคนูน

(3) ประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงไปถึง รพ.สต.และมีการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

(4) จัดตั้งชุมชนรักษ์ไตต้นแบบ ในปี 2560 จำนวน 1 แห่ง ที่บ้านหนองหิน ม.10 ต.หัวดง อ.นาคนูน จ.มหาสารคาม มีการดำเนินงานโดย 1) มาตรการเฝ้าระวัง ติดตาม และการคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับชุมชน 2) การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน 3) จัดมาตรการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดเสี่ยงและการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

ระยะที่ 4 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

4.1 ผลการประเมินทดสอบความรู้ ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่าหลังการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้บุคลากรสาธารณสุขก่อนและหลังการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความรู้บุคลากรสาธารณสุข (n=20)

การทดสอบ	Mean (SD.)	Mean difference	t	p-value
ก่อนเรียน	11.00 (0.85)	3.45	10.26	<.001
หลังเรียน	14.45 (1.05)			

4.2 ผลการประเมินทดสอบความรู้ของผู้ดูแล พบว่าหลังการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมโดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ3 (n=60)

การทดสอบ	Mean(SD.)	Mean difference	t	p-value
ก่อนเรียน	9.72 (0.82)	2.25	11.83	<.001
หลังเรียน	11.97 (0.93)			

4.3 ผลการประเมินทดสอบความรู้ของ อสม./ผู้นำชุมชน พบว่า หลังการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ อสม./ผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความรู้ อสม./ผู้นำชุมชน (n=30)

การทดสอบ	Mean (SD.)	Mean difference	t	p
ก่อนเรียน	10.80 (1.54)	2.07	8.46	<.001
หลังเรียน	12.87 (1.00)			

4.4 ผลการตรวจ อัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 60 คน เก็บข้อมูล 2 ครั้ง พบว่าแต่ละกลุ่มมีค่าเฉลี่ย ครั้งที่ 1-2 มีดังนี้ 50.79 มล./นาที/1.73ตร.ม. และ 54.57 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ตามลำดับ มีแนวโน้มดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า eGFR จำนวน 2 ครั้ง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ	กลุ่ม eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	จำนวนคน	มค.	ครั้งที่ 1 เม.ย.	ครั้งที่ 2 ก.ค.
3a	45-60	38	54.18	57.20	60.86
3b	<45	22	39.63	44.38	48.28
		60	46.91	50.79	54.57

4.5 ความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 20 คน พบว่าพึงพอใจการวางแผน กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการทำงานและในการให้บริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด (Mean = 4.85 ,SD.= 0.37) และความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (Mean = 4.80 ,SD.= 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

รายการประเมิน	Mean	SD.	แปลผล
1. การวางแผนกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการทำงาน	4.85	0.37	มากที่สุด
2. ทำงานร่วมกัน	4.80	0.41	มากที่สุด
3. สามารถติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	4.80	0.41	มากที่สุด
4. ความคล่องตัวในการทำงาน	4.75	0.44	มากที่สุด
5. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	4.75	0.44	มากที่สุด
6. การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	4.80	0.41	มากที่สุด
7. โอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาการทำงานร่วมกัน	4.75	0.44	มากที่สุด
8. ประเมินผลและร่วมกันทบทวนการทำงานเมื่อเสร็จสิ้นทุกครั้ง	4.80	0.41	มากที่สุด
9. การให้บริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	4.85	0.37	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงผลความพึงพอใจของสหวิชาชีพ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

รายการประเมิน	Mean	SD.	แปลผล
ความพึงพอใจโดยรวม	4.80	0.41	มากที่สุด
4.6 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาและพยาบาลมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี ระดับความ	พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.97, SD. = 0.18) และ ความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (Mean = 4.93, SD. = 0.25) ดังแสดงในตารางที่ 6		

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

รายการ	Mean	SD.	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.93	0.25	มากที่สุด
2. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	4.92	0.28	มากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการ ชัดเจน	4.92	0.28	มากที่สุด
4. สามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำต่อบริการต่างๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว	4.93	0.25	มากที่สุด
5. ความสะดวกในการประสานงาน-การส่งต่อรักษา	4.93	0.25	มากที่สุด
6. การจัดลำดับขั้นตอนการบริการตามสภาพการเจ็บป่วย	4.93	0.25	มากที่สุด
7. การดูแลเอาใจใส่และการมีจิตสำนึกในการให้บริการ	4.93	0.25	มากที่สุด
8. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา	4.97	0.18	มากที่สุด
9. แพทย์มีความสนใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.95	0.22	มากที่สุด
10. พยาบาลมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาเป็นอย่างดี	4.97	0.18	มากที่สุด
โดยรวม	4.93	0.25	มากที่สุด

4.7 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสังเกตการทำงานของทีมนสทวิชาวชิพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรื้อรังและในชุมชนจากการดำเนินงานตามรูปแบบดังกล่าวพบว่า ผลการตรวจ ค่า eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 60 คน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ด้านผู้ดูแลพบว่ามีความรู้ และตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ด้านบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง ได้รูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่มโดยทีมนสทวิชาวชิพ คือ 1ค+2อ+1ส ในชุมชนเกิดชุมชนรักษ์ไตต้นแบบให้กับชุมชนอื่น ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือความต่อเนื่องในการจัดรูปแบบการบริการ ตลอดจนถึงการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง

4.8 ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่ามีความคิดเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้เพิ่มมากขึ้น เพิ่มทักษะในการ

ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งมีแนวทางในการทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนสามารถลดขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง จึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ และใส่ใจผู้ป่วยให้รอบด้าน ยึดตามมาตรฐานการให้บริการ

4.9 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยนำข้อมูลจากการดำเนินการรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่มาเปรียบเทียบกันพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบบใหม่มีคำสั่ง นโยบาย ขั้นตอนการดำเนินงาน กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีเครือข่าย ที่ชัดเจนกว่ารูปแบบเดิม ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางการเปรียบเทียบ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

รูปแบบ	เดิม(ก่อน)	ใหม่(หลัง)
คำสั่งนโยบาย	- ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร	- มีการแต่งตั้งคณะทำงานชัดเจนเป็น รูปธรรม - กำหนดนโยบาย ชัดเจนตาม แนวทางจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 7
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	- บริการร่วมกับคลินิกโรคไตเรื้อรัง - ตรวจรักษาโดยแพทย์ประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง ไม่มีแพทย์ พยาบาลประจำคลินิก - มีสทวิชาวชิพบางสาขาที่ร่วมให้บริการ - ไม่มีการทำงานเป็นทีม	- จัดตั้ง คลินิกโรคไตเรื้อรัง - กำหนดผู้รับผิดชอบงาน ชัดเจน - มีทีมนสทวิชาวชิพ ครอบคลุมงานที่ เกี่ยวข้อง - มีการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแล ผู้ป่วย - มีแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงาน
การเยี่ยมบ้าน	- ไม่มีแนวทางการทำงาน ที่ชัดเจน - ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยมาตามนัด/ ขาดนัด - ไม่มีติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	- มีรูปแบบการทำกลุ่มคือ 1ค+2อ+1ส - จัดเก็บข้อมูลขาดนัด เพื่อติดตาม เยี่ยมบ้าน - มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมนสทวิชาวชิพ อสม
ระบบข้อมูล	- การจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน	- มีการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Hos-Xp - ข้อมูลเป็นปัจจุบัน สืบค้นสะดวกรวดเร็ว
การส่งต่อ เครือข่ายและ ชุมชน	- ตามแนวทางรักษาของแพทย์ - ไม่มี	- มีแนวทางปฏิบัติส่งต่อทุกระดับ - มีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยมีชุมชน รักษ์ต้นแบบและ มีจิตอาสาดูแล ผู้ป่วยในชุมชน

วิจารณ์

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อสม. และแกนนำชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนประชาชน เป็นต้น มีกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือรูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส ทั้งนี้เนื่องจาก การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม อีกทั้งการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์เกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ในชุมชนและเป็นผู้นำด้านสุขภาพภาคประชาชน สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการประสานงานบุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการให้ได้ตามมาตรฐานผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเฝ้าระวัง ติดตามปัญหาสุขภาพในชุมชน และชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงของโรครวมถึงร่วมมือในการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดเสี่ยง และเอื้อต่อสุขภาพดี ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน ก่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ช่วยให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิรัตน์ สิงห์คำ⁹ ในการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรังที่มีรูปแบบความร่วมมือของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการพัฒนาศักยภาพชมรมโรคไตเรื้อรังครอบคลุม รพ.สต. ทุกแห่งพัฒนาศักยภาพเยาวชนจิตอาสาในโรงเรียนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการมีการนำเสนอสถานการณ์ข้อมูลโรคไตเรื้อรังในพื้นที่คืนสู่ชุมชนมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้โมเดล 4C คือClass, Camp, Club, CoPs และกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน คือฐานที่ 1 ฐานความรู้ ฐานที่ 2 ฐานยา ฐานที่3 ฐานอาหาร ฐานที่ 4 ฐานการออกกำลังกายและสุขภาพจิต และพบว่าสามารถชะลอไตเสื่อมและลดระยะ

ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง และการศึกษาของแพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ และวราทิพย์ แก่นการ¹⁰ ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการชะลอไตเสื่อม ได้แก่ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนผลลัพธ์เกี่ยวกับดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของวิภากร สถิติศาสตร์และคณะ¹¹ ที่พบว่า อสม.เป็นแกนนำหลักทางสุขภาพของชุมชน เป็นผู้ที่ทำงานกับชุมชน

นอกจากนี้ รูปแบบกิจกรรม 1ค+2อ+1ส เป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยพื้นที่ อำเภอหาดใหญ่ เพราะเป็นรูปแบบที่ผ่านการทำเวทีประชาคมในระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอมีการระดมแนวคิดจากหลายภาคส่วน จึงเกิดรูปแบบนี้ขึ้นมา พบว่าผลดี ด้านบุคลากรสุขภาพซึ่งได้นำรูปแบบ 1ค+2อ+1ส ไปดำเนินกิจกรรมการให้บริการ ทุก รพ.สต. และมีการปรับใช้ ตามสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่นั้น ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้เพิ่มขึ้น นำมาสู่ความตระหนักในการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ส่งผล ทำให้ชะลอไตเสื่อมได้ จะเห็นได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมความสำคัญในการพัฒนารูปแบบและนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ มีทีมงานที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นตั้งใจ และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ชุมชนมีเครือข่ายในการสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปใช้ควรมีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการประเมินอาการและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อเพิ่มความเข้าใจของพยาบาลให้สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้รูปแบบ 1ค+2อ+1ส ที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการปรับปรุง

อย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทในการให้บริการ และพัฒนาให้สอดคล้องกับความรู้และวิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและทีมงาน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนาคูนที่ให้การสนับสนุนการวิจัย ในครั้งนี้ นอกจากนี้ผลสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดจากความร่วมมือเป็นอย่างดีของทีมสหวิชาชีพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน รวมถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และผู้ดูแลทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมจนทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตลอดการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกๆ ท่าน มา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2558 ; 5(5) : 17.
2. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาหารบำบัดโรคไตเสื่อม. 2563 ; 6-9.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. คนไทยป่วยโรคไตติดอันดับ 3 ของอาเซียน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ ; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaihealth.or.th/Content/30963.html>.
4. จุฑามาศ วาริแสงทิพย์. การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : เอ็มเอ็นเตอร์ไพรส์ ; 2553.
5. ศัทธียา อุดติ, ญัฐนิช จันทจิราโกวิท. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550 ; 25(3) : 171-7

6. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559 ; 13(3) : 92-9.
7. Domrongkitchaiporn S, Sritara P, Kitiyakara C. Risk factors for development of decreased kidney function in a Southeast Asian population : a 12-year cohort study. J Am Soc Nephrol 2005 ; 16(3) : 791-9.
8. Guntachuvessiri S, Pothishat S, ngowsiri J. Guideline screening and treatment of diabetes and hypertension in kidney disease patients (1st Edition). Bangkok. Thailand Healthy Strategic Management Office .The Agricultural co- perative Rederation of Thailand, LTD. 2012.
9. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562 ; 16(3), 149-58.
10. แพรววิทย์ สุธีรประเสริฐ , วราทิพย์ แก่นการ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561 ; 36 (4) : 43-51.
11. วิภากร สิทธิศาสตร์, ฤทธิ เตชาดิวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558 ; 9(1) : 25-31.

ความชุกการเกิดมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562

Prevalence of Cervical Cancer of Women Who Screened Cervical Cancer Between 2015 and 2019 in KhonKaen Hospital

เนตรชนก ไวโสภา*

Netchanok Vaisopha

Corresponding author: E-mail: netnoks4@gmail.com

(Received: December 21,2020; Revised: December 30, 2020; Accepted: January 10, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยากับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในโรงพยาบาลขอนแก่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 57,176 คน และสตรีผู้ที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติและได้ส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จำนวน 437 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบฟอร์มเก็บผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลจากทะเบียนผลการตรวจทางเซลล์วิทยาและทางพยาธิวิทยา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัย : ความชุกของเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติ จำนวน 1,273 ราย (2.23 %) พบความผิดปกติมากที่สุดเป็นชนิด ASCUS จำนวน 562 ราย (0.98 %) รองลงมาเป็น LSIL (CIN I) จำนวน 398 ราย (0.70 %) และ HSIL (CIN II) จำนวน 80 ราย (0.14 %) โดยกลุ่มอายุที่มีผลตรวจผิดปกติมากที่สุด เป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี จำนวน 320 ราย (25.14 %) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-40 ปี จำนวน 269 ราย (21.13 %) และกลุ่มอายุ 51-60 ปี จำนวน 238 ราย (18.70 %) ส่วนกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มีผลผิดปกติน้อยสุดที่ 76 ราย (5.97 %) และผลการตรวจทางเซลล์วิทยามีความสัมพันธ์กับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในทิศทางบวกอยู่ในระดับมาก ($r = 0.989, p = .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าความชุกของเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติส่วนมากเป็นชนิด ASCUS เป็นกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี และผลการตรวจทางเซลล์วิทยามีความสัมพันธ์กันกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และการรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตลงได้

คำสำคัญ : ความชุก ; มะเร็งปากมดลูก ; การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ABSTRACT

Purpose : The aim of this study was to examine the prevalence of cervical cancer, and to examine the correlation between the results of cytology and pathology in KhonKaen hospital between 2015 and 2019.

Design : Descriptive study

Materials and Methods : The samples of this study were 57,176 women who screened cervical cancer and 437 women who have the resulted in cytology as abnormal, and it was sent to pathology laboratory. The instruments of this study were the reports of cytology and pathology. Descriptive data analysis (Percentage, frequency, SD, and correlation) was analyzed.

Main findings : The results of this study showed that prevalence of cervical cancer was 2.23% from 1,273 women. ASCUS type was the most type (N=562, 0.98%), and LSIL type was second (N=398, 0.70), and the third was HSIL (CIN II, N=80, 0.14%). The most rang ages were between 41 and 50 years (N=320, 25.14%), ages between 31 and 40 years old were second as N=269 (21.13%), then the age rang was between 51 and 60 years old (N=238, 18.70), and the age group under 20 was the lowest (N=76, 5.97%). The correlation between results of cytology and pathology were very good ($r = 0.989$, $p = .001$) it means that it is alignment with each other.

Conclusion and recommendations : In this study show the most of prevalence were ASCUS type. The most range ages were between 30 and 60 years old and the correlation between results of cytology and pathology were very good. Campaigning for cervical cancer screening in accordance with the policy of the Ministry of Public Health will help reduce morbidity and mortality rates.

Keywords : Prevalence; Cervical cancer; Screened cervical cancer

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านมในผู้หญิงและเสียชีวิตจากโรคนี้นั้นมากกว่า 270,000 คนในแต่ละปี นอกจากนี้พบว่าผู้หญิงที่เสียชีวิตจากโรคนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ด้านความชุกของมะเร็งปากมดลูก พบว่าในทุก 5 ปี มีผู้ป่วยประมาณ 1,288,686 ราย และพบผู้ป่วยรายใหม่ 453,531 ราย คิดเป็น 9.7 ต่อแสนประชากร¹ และประมาณการว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะเพิ่มขึ้นเป็น 24 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2578² ในประเทศไทยปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยจากโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม พบผู้ป่วยรายใหม่ 8,181 ราย และเสียชีวิต 4,513 ราย³ จากรายงานสถิติทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2561 กล่าวถึง

จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ พบว่ามีจำนวนถึง 272 ราย สูงเป็นอันดับ 2 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิง เป็นรองเพียงโรคมะเร็งเต้านมเท่านั้น⁴ อีกทั้งยังมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรเพศหญิงมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ และยังพบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าพบผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, International Agency of Research On Cancer [IARC]) ได้เสนอแนะว่า ถ้าสตรีมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี โดยยังไม่ปรากฏอาการ จะมีอัตราการรอดชีวิตประมาณร้อยละ 90 และถ้าสตรีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี จะมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 70.0 นอกจากนี้การที่จะลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ถ้าสตรีในกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองบ่อยเท่าไรก็จะลดอัตราการเสียชีวิตได้มากเท่านั้น ดังนั้นถ้า

สามารถกระตุ้นให้สตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ได้มีความรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับโรคดังกล่าว พร้อมทั้งตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ก็จะทำให้อัตราการเกิดโรค อัตราการป่วย และอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงได้โดยสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อไวรัส HPV (Human Papillomavirus) ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ และยังมีสาเหตุอื่นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก (CIN) ภูมิคุ้มกันต่ำ การสูบบุหรี่ และการมีคู่นอนหลายคน เป็นต้น การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ คือ การตรวจหาและรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเรียกว่าระยะก่อนมะเร็ง (Precancerous) หรือระยะก่อนมะเร็งลูกกลม ได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือ Pap smear^๕ โดยการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก แพทย์จะทำการตรวจร่างกาย ตรวจภายใน และตรวจคัดกรองหาความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูกด้วยวิธีแป็บเสมียร์ ซึ่งเป็นการตรวจหาความสมบูรณ์ของเซลล์บริเวณปากมดลูก ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติหรือไม่ ก่อนที่จะมีอาการ เป็นการตรวจหารอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็ง และมะเร็งระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้^๖

การรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นนอกกลุ่มเป้าหมาย และในกลุ่มเป้าหมายที่

มีอายุระหว่าง 35-60 ปี แต่ในปัจจุบัน พบว่าในโรงพยาบาลขอนแก่น คนไข้ที่ตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่วัยเริ่มแรกนั้น พบเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยหลายๆ ราย อายุไม่ได้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2562 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ของเครือข่ายโรงพยาบาลในอำเภอเมืองขอนแก่น และการศึกษาวิจัยยังเป็นอีกข้อมูลหนึ่งในการเฝ้าระวังพร้อมทั้งหาแนวทางป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะถ้าพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ในกลุ่มอายุไม่มากก็ยังมีแนวทางในการรักษาให้หายได้ และการเฝ้าระวังจะทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งยังลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลูกกลม และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

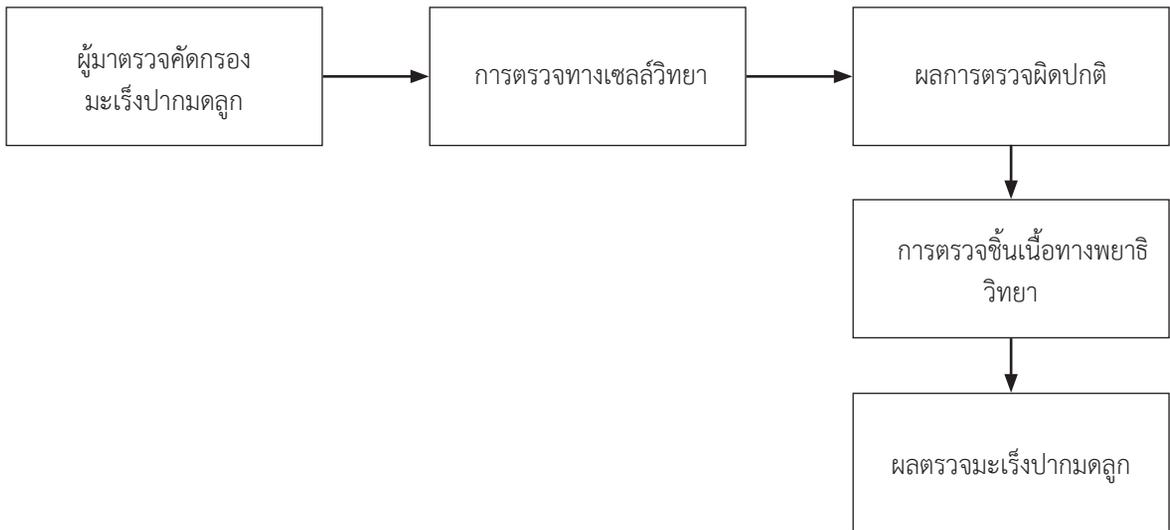
เพื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยา กับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562

สมมติฐานการวิจัย

ผลการตรวจทางเซลล์วิทยากับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา มีความสัมพันธ์ทางบวก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาความชุกการเกิดมะเร็งปากมดลูกและความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยากับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 ถึง ปี พ.ศ. 2562 ดังภาพประกอบที่ 1.1



ภาพประกอบที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกการเกิดมะเร็งปากมดลูกและความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยากับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Study populations) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีผู้มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีผู้มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 57,176 คน และ สตรีที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติและได้ส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 437 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บสถิติผลตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีแบบฟอร์ม 2 ชุด คือ

1) แบบฟอร์มเก็บสถิติผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลจากทะเบียนผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562 ของงานเซลล์วิทยา กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค ที่มีผลตรวจผิดปกติตั้งแต่ ASCUS ขึ้นไป และแยกตามกลุ่มอายุ 0-20 , 21-30 , 31-40, 41-50 , 51-60 และ 61 ปีขึ้นไป

2) แบบฟอร์มเก็บสถิติผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลจากทะเบียนผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของงานศัลยพยาธิวิทยา ในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 ที่มีผลตรวจผิดปกติทั้งหมด โดยแยกเป็นผลการตรวจระยะก่อนเป็นมะเร็ง และผลการตรวจระยะเป็นมะเร็ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลความชุกการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และการวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยา กับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยจะทำการเปรียบเทียบเฉพาะที่มีผลทางพยาธิวิทยา เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยากับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Coefficient of correlation ; r)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความชุกการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562 มีสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 57,176 คน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของงานเซลล์วิทยา ที่มีผลตรวจผิดปกติตั้งแต่ ASCUS และแยกตามกลุ่มอายุ 0-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60

และ 61 ปีขึ้นไป พบว่า ความชุกของเซลล์ ปากมดลูกที่ผิดปกติ ตามระบบรายงานผลปีเทสดา (Bethesda) จำนวน 1,273 ราย (2.23 %) โดยพบผลความผิดปกติมากที่สุดเป็นชนิด ASCUS จำนวน 562 ราย (0.98 %) รองลงมาเป็นผล LSIL (CIN I) จำนวน 398 ราย (0.70 %) และผล HSIL (CIN II) จำนวน 80 ราย (0.14%) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุที่มีผลตรวจผิดปกติมากที่สุด พบว่า กลุ่มอายุ 41-50 ปี มีผลตรวจผิดปกติ 320 ราย (25.14 %) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-40 ปี มีผลตรวจผิดปกติ 269 ราย (21.13 %), กลุ่มอายุ 51-60 ปี มีผลตรวจผิดปกติ 238 ราย (18.70 %), กลุ่มอายุ 21-30 ปี มีผลตรวจผิดปกติ 225 ราย (17.67 %), กลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีผลตรวจผิดปกติ 145 ราย (11.39 %) และกลุ่มอายุ 0-20 ปี มีผลตรวจผิดปกติ 76 ราย (5.97 %) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอายุ ในปี 2558-2562 (n = 57,176)

ความผิดปกติ	อายุ						รวม	ความชุก (%)
	0-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 ปีขึ้นไป		
ASCUS	34	102	104	139	125	58	562	0.98
ASC-H	0	3	9	12	8	9	41	0.07
LSIL (CIN I)	38	99	112	99	38	12	398	0.70
HSIL (CIN II)	1	15	17	21	17	9	80	0.14
HSIL (CIN III)	1	5	15	14	15	12	62	0.11
AGC	1	0	8	25	12	14	60	0.10
AGC-N	0	0	2	6	17	15	40	0.07
AIS	0	0	0	1	0	1	2	0.00
SCC	1	1	1	2	4	4	13	0.02
Adenocarcinoma	0	0	1	1	1	10	13	0.02
Extrauterine	0	0	0	0	1	1	2	0.00
รวมทั้งหมด	76	225	269	320	238	145	1273	2.23
(%)	5.97	17.67	21.13	25.14	18.70	11.39		

การวิเคราะห์ผลการตรวจทางเซลล์วิทยา กับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ในปี 2558-2562 พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 437 ราย มีผลปกติ Normal & Benign จำนวน 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.13 และผลผิดปกติ จำนวน 349 ราย (79.86 %) โดยแยกเป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง มีผลการตรวจ

LSIL (CIN I) จำนวน 170 ราย (38.90 %) รองลงมาเป็นผล HSIL (CIN III) จำนวน 81 ราย (18.53 %) , ผล HSIL (CIN II) จำนวน 41 ราย (9.38 %) และผล AIS จำนวน 2 ราย (0.45 %) ตามลำดับ ผลในระยะเป็นมะเร็ง มีผลการตรวจ SCC จำนวน 30 ราย (6.86 %) และผลการตรวจ Adenocarcinoma จำนวน 25 ราย (5.72 %) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ในปี 2558-2562

ผลเซลล์วิทยา		ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (%)								
ความผิดปกติ	จำนวน	Normal & Benign LSIL (CIN I)	ก่อนเป็นมะเร็ง				เป็นมะเร็ง		รวม	
			HSIL (CIN II)	HSIL (CIN III)	AIS	SCC	Adenocarcinoma			
ก่อนเป็นมะเร็ง	LSIL (CIN I)	281(64.3)	80(18.3)	157(35.92)	21(4.8)	14(3.2)	0(0.0)	3(0.68)	6(1.37)	201(45.99)
	HSIL (CIN II)	70(16.01)	7(1.6)	13(2.97)	19(4.34)	28(6.4)	0(0.0)	2(0.45)	1(0.22)	63(14.41)
	HSIL (CIN III)	56(12.81)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.22)	34(7.78)	0(0.0)	16(3.66)	5(1.14)	56(12.81)
	AIS	2(0.45)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0)	2(0.45)	0(0)	0(0.0)	2(0.45)
เป็นมะเร็ง	SCC	14(3.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(1.14)	0(0)	9(2.05)	0(0.0)	14(3.2)
	Adenocarcinoma	12(2.74)	1(0.22)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	11(2.51)	11(2.51)
รวม	437(100)	88(20.13)	170(38.9)	41(9.38)	81(18.53)	2(0.45)	30(6.86)	25(5.72)	349(79.86)	

การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของผลการตรวจทางเซลล์วิทยา กับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ที่มีผลการตรวจตรงกันในปี 2558-2562 พบว่า ผลการตรวจ LSIL (CIN I) ทางเซลล์วิทยาจำนวน 281 ราย เทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จำนวน 157 ราย , ผลการตรวจ HSIL (CIN II) ทางเซลล์วิทยาจำนวน 70 ราย เทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จำนวน 19 ราย , ผลการตรวจ HSIL (CIN III) ทางเซลล์วิทยาจำนวน 56 ราย เทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จำนวน 34 ราย

, ผลการตรวจ AIS ทางเซลล์วิทยาจำนวน 2 ราย เทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จำนวน 2 ราย , ผลการตรวจ SCC ทางเซลล์วิทยาจำนวน 14 ราย เทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จำนวน 9 ราย และผลการตรวจ Adenocarcinoma ทางเซลล์วิทยาจำนวน 12 ราย เทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา จำนวน 11 ราย เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของผลการตรวจทางเซลล์วิทยา กับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา มีความสัมพันธ์กันสูงมาก ($r = .989$, $p = .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของผลการตรวจทางเซลล์วิทยา กับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ที่มีผลการตรวจตรงกันในปี 2558-2562

ผลการตรวจ	ผลเซลล์วิทยา (ราย)	ผลชิ้นเนื้อ (ราย)	r	p
LSIL (CIN I)	281	157	0.989	.001
HSIL (CIN II)	70	19		
HSIL (CIN III)	56	34		
AIS	2	2		
SCC	14	9		
Adenocarcinoma	12	11		

วิจารณ์

1. ความชุกการเกิดมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี 2558 ถึง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 57,176 ราย พบความชุกของเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติ จำนวน 1,273 ราย โดยพบผลตรวจผิดปกติมากที่สุดคือ ASCUS ซึ่งเป็นความผิดปกติของเซลล์ที่รุนแรงกว่าการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ แต่ในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณไม่สามารถที่จะให้การวินิจฉัยที่แน่นอนจนนับได้ว่าเป็นรอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัส⁷ เช่นเดียวกับผล ASC-H ซึ่งผลทางเซลล์วิทยาทั้ง 2 จัดอยู่ในกลุ่มของ ASC (Atypical squamous cells) ซึ่ง ASC หมายถึง เซลล์เยื่ออุสแควมัส Squamous หรือ Metaplastic cell ที่มีความผิดปกติทางเซลล์วิทยาบ่งชี้เป็น SIL แต่มีจำนวนเซลล์ หรือมีคุณลักษณะทางเซลล์วิทยาไม่เพียงพอที่จะแปลผลเป็น SIL การจำแนก ASC เป็น ASCUS และ ASC-H ช่วยให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงสูง เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาเร็วขึ้น⁸ การศึกษานี้พบการรายงานผลผิดปกติชนิด ASCUS จำนวน 562 ราย (0.98%) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบที่เซลล์ปากมดลูกมากที่สุด แต่มีความเสี่ยงต่ำต่อมะเร็งปากมดลูก และมีโอกาสที่จะเป็นรอยโรคขั้นสูง (HSIL) ได้ประมาณร้อยละ 5-20 ในโรงพยาบาลขอนแก่น สตรีที่ตรวจคัดกรองผลเป็น ASCUS จะได้รับการส่งตรวจคอลโปสโคปีทุกราย เพื่อเป็นการค้นหาและรักษาผู้ป่วยในระยะแรกก่อนที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่เนื่องจากการตรวจทางเซลล์วิทยา เป็นเพียงการตรวจคัดโรคเท่านั้นไม่ได้มีความหมายว่าผู้ป่วยจะต้องมีรอยโรคตรงตามที่ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาระบุไว้เสมอไป ดังนั้นถ้า

ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ จึงต้องตรวจหารอยโรคที่ปากมดลูกและช่องคลอดเพื่อที่จะให้การรักษาที่เหมาะสมไม่ให้รอยโรคดังกล่าวคืบหน้าไปเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

ถึงแม้วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Conventional pap smear จะเป็นวิธีที่นิยมใช้และมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างต่ำ แต่ก็มีข้อด้อยในเรื่องของความไว (47-62%) และความจำเพาะ (60-95%) เมื่อเทียบกับการตรวจหาการติดเชื้อ HPV (HPV test) ซึ่งมีความไวที่สูงกว่า (ร้อยละ 66-100) และมีความจำเพาะที่มากกว่า (62-96%)⁸ ในปัจจุบันการสืบค้นในกรณีที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาคลุ่มเครือ เช่น ASCUS ก็แนะนำให้เอาวิธีการตรวจหาการติดเชื้อ HPV (HPV test) มาช่วยในการสืบค้นต่อและเหมาะสมสำหรับการทดสอบเสริมในสตรีที่มีอายุมากกว่า 30 ปี และมีผลการตรวจเป็น ASCUS เพื่อลดจำนวนครั้งของการตรวจทางเซลล์วิทยา และยืดระยะห่างของการตรวจคัดโรค และยังช่วยลดจำนวนครั้งของการตรวจด้วยคอลโปสโคปีจากการลดลงของผลการตรวจที่คลุ่มเครือ⁷ แต่เนื่องจากการตรวจหาการติดเชื้อ HPV (HPV test) มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และต้องอาศัยเทคนิคในห้องปฏิบัติการที่ค่อนข้างซับซ้อน สำหรับในประเทศไทยแล้วจึงยังไม่สามารถจะทำได้อย่างครอบคลุม

นอกจากนั้น จำนวนการรายงานผล ASC ยังสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการควบคุมคุณภาพการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการได้ด้วย โดยมีการใช้จำนวนการรายงานผล ASC และ SIL เพื่อคำนวณอัตราส่วน ASC/SIL ซึ่งใช้เป็นดัชนี

ชี้วัดคุณภาพการรายงานผล โดยคำมัธยฐานทางห้องปฏิบัติการของอเมริกา เท่ากับ 1.5 ในกรณีที่ห้องปฏิบัติการนั้นให้บริการตรวจตัวอย่างจากประชากรสตรีที่มีความเสี่ยงสูง อัตราส่วน ASC/SIL ไม่ควรเกิน 3 ส่วนการรายงานผล ASC-H ควรอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของการรายงานผล ASC ทั้งหมด⁸ ในปี 1992 National cancer institute workshop ได้ระบุว่า การรายงานความผิดปกติของ ASCUS ไม่ควรเกินร้อยละ 5 และจากการศึกษาของ Kurman⁹ ได้แนะนำว่าการรายงานความผิดปกติชนิด ASCUS ไม่ควรเกิน 2-3 เท่าของ SIL จากการศึกษาชิ้นนี้ ค่าดัชนีชี้วัดคุณภาพการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการเซลล์วิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น เท่ากับ 1.12 และมีกรรายงานผล ASC-H (6.80%) ของการรายงานผล ASC ทั้งหมด ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ตามมาตรฐานของการตรวจทางพยาธิวิทยา จากผลการศึกษาที่พบ ผลผิดปกติมากเป็นอันดับสองคือ LSIL (CIN I) จำนวน 398 ราย (0.70%) และ HSIL (CIN II) จำนวน 80 ราย (0.14%) ตามลำดับ ซึ่งความผิดปกติที่พบมากตามลำดับอยู่ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง และถ้าตรวจพบความผิดปกติของระยะการเป็นมะเร็งตั้งแต่ยังน้อยก็สามารถรักษาให้หายได้

ช่วงอายุที่ตรวจพบผลผิดปกติทางเซลล์วิทยามากที่สุดคือ ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 320 ราย (25.14%) รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 269 ราย (21.13%) และช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 238 ราย (18.70%) ตามลำดับ ซึ่งอายุที่ตรวจพบผลผิดปกติส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-60 ปี และระยะความรุนแรงของการตรวจพบผลผิดปกติอยู่ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ต้องการให้สตรีไทยที่มีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งทุกๆ 5 ปี อย่างเช่นนโยบายในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 ที่ผ่านมา⁴ ซึ่งถ้าทุกฝ่ายให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งเมื่อตรวจพบว่ามีความผิดปกติที่เซลล์ปากมดลูกแล้ว เข้ารับการรักษาต่อ ก็จะช่วยลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ ในกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีผลตรวจผิดปกติจำนวน 145 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.39 ในจำนวนนี้ผลการตรวจที่พบมากที่สุดในกลุ่มอายุนี้อคือ ASCUS จำนวน 58 ราย รองลงมาคือ AGC-N

จำนวน 15 ราย และ AGC จำนวน 14 ราย และจะพบว่า เป็นช่วงกลุ่มอายุที่พบผลผิดปกติในระยะที่เป็นมะเร็งมากกว่าช่วงกลุ่มอายุอื่น ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเป็นมะเร็งระยะลุกลามการตรวจคัดกรองตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะช่วยลดอุบัติการณ์นี้ลงได้ ในสตรีที่มีอายุมากกว่า 65 ปีนั้น องค์การทางด้านมะเร็งของสหรัฐอเมริกา 3 องค์การคือ American Cancer Society (ASC), American Society for colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP), American Society for Clinical Pathology (ASCP) และ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2556 ได้ให้แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้ว่า ไม่ควรตรวจคัดกรองถ้าการตรวจคัดกรองก่อนหน้านี้ปกติตามเกณฑ์ที่กำหนด ติดต่อกัน 3 ครั้ง ยกเว้นในสตรีที่อายุมากกว่า 65 ปีที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์หรือมีคู่นอนหลายคน ควรตรวจคัดกรองต่อไปตามปกติ และสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกออกไปแล้ว จากข้อบ่งชี้ที่ไม่ใช่รอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็งของอวัยวะเพศสตรีให้หยุดตรวจคัดกรองได้ แต่ควรมารับการตรวจภายในเพื่อตรวจหาโรคอื่นๆ ทางนรีเวชเป็นประจำทุกปีต่อไป⁴

ในช่วงกลุ่มอายุ 0-30 ปีนั้น มีผลการตรวจที่ผิดปกติจำนวน 301 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.64 ในจำนวนนี้ผลการตรวจที่พบมากที่สุดในกลุ่มช่วงอายุนี้อคือ LSIL (CIN I) จำนวน 137 รองลงมาคือ ASCUS จำนวน 136 ราย ซึ่งจำนวนผลทั้ง 2 กลุ่มพบจำนวนใกล้เคียงกัน และความผิดปกติส่วนใหญ่ ยังอยู่ในช่วงระยะก่อนเป็นมะเร็ง สามารถที่จะรักษาหายได้ และแนะนำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ การตรวจคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุขและอยู่ในความดูแลของแพทย์เพื่อรักษาและเฝ้าระวังไม่ให้กลายเป็นมะเร็งต่อไป

2. ความสัมพันธ์ของผลการตรวจทางเซลล์วิทยากับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ในปัจจุบันวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มี 2 วิธีหลัก คือ Conventional pap smear (CP) ซึ่งใช้อุปกรณ์เก็บเซลล์ตัวอย่างจากปากมดลูกแล้วป้ายลงบนแผ่นกระจก และ Liquid-based cytology ซึ่งใช้อุปกรณ์เก็บเซลล์ตัวอย่างจากปากมดลูกนำมาเก็บในน้ำยารักษาสภาพเซลล์แล้วนำมาผ่านกระบวนการดูดเซลล์จากขวดน้ำยามาติดบนแผ่นกระจก เพื่อย้อมด้วยน้ำยา แต่วิธีที่นิยมทำมากที่สุดคือ Conventional pap smear และเนื่องจากขั้นตอนการตรวจยังต้องใช้ความชำนาญและความ

เชี่ยวชาญของนักเซลล์วิทยาตลอดจนพยาธิแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด และจากการประมาณของสตรีที่เข้ารับบริการตรวจมีเพียงร้อยละ 35-40 ซึ่งจะมีจำนวนแผ่นสไลด์จำนวน 45-50 แผ่น ที่นักเซลล์วิทยาจะต้องให้การวินิจฉัยในแต่ละวัน จึงทำให้ใช้เวลามากในการวินิจฉัย และเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเกิดผลลบลง (False negative) ที่อาจทำให้อัตราการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกยังสูงอยู่ในหลายๆ พื้นที่ และสาเหตุของผลลบลงแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ 1) ความผิดพลาดของการตรวจคัดกรอง (Screening errors) พบประมาณ 1 ใน 3 ของผลลบลง สาเหตุอาจจะเกิดจากการที่นักเซลล์วิทยาตรวจไม่พบเซลล์ที่ผิดปกติทั้งที่มีเซลล์ดังกล่าวอยู่บนแผ่นสไลด์ 2) ความผิดพลาดของการเก็บเซลล์ตัวอย่าง (Sampling errors) พบประมาณ 2 ใน 3 ของผลลบลง สาเหตุเกิดจากเซลล์ที่ผิดปกติไม่ถูกป้ายลงบนแผ่นสไลด์ หรือเซลล์ไม่อยู่ในสภาพที่คงรูป¹⁰ การปฏิบัติงานของงานเซลล์วิทยา โรงพยาบาลขอนแก่นนั้นจะให้ นักเซลล์วิทยาเป็นผู้ตรวจคัดกรองคนแรก และพยาธิแพทย์เป็นที่ปรึกษาให้ความเห็นในกรณีที่พบเซลล์ผิดปกติ โดยมีขั้นตอนการควบคุมคุณภาพมาช่วย ได้แก่ การตรวจคัดกรองซ้ำโดยพยาธิแพทย์ จำนวนร้อยละ 10 ของสไลด์ที่ไม่พบเซลล์ผิดปกติเรียกว่า Single screening system และเป็นวิธีที่ยอมรับโดยทั่วไป

จากการศึกษานี้ได้ทำการเปรียบเทียบผลการตรวจที่ผิดปกติทางเซลล์วิทยาในระยะก่อนเป็นมะเร็ง และระยะเป็นมะเร็ง เปรียบเทียบกับผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 พบความสัมพันธ์ของผลการตรวจมีแนวโน้มไปในทางเดียวกันทั้งระยะก่อนเป็นมะเร็ง และระยะเป็นมะเร็ง คือถ้าผลการตรวจที่ผิดปกติทางเซลล์วิทยาบ่งชี้ความผิดปกติน้อย (ระยะก่อนเป็นมะเร็ง) หรือความผิดปกติมากจนเป็นมะเร็ง (ระยะเป็นมะเร็ง) ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจะให้ผลค่อนข้างตรงกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรไพโรจน์ มิตรปราสาท¹¹ และเกื้อหนุน บัวไพจิตร¹² และเมื่อนำผลการตรวจที่ผิดปกติทางเซลล์วิทยาไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เทียบกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา พบว่ามีความสัมพันธ์กันมาก ($r=.989$, $p=.001$) แสดงว่าการวินิจฉัยผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกทางเซลล์วิทยา ไปแนวทางเดียวกันกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ดังนั้น

หากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติผู้ป่วยควรเข้ารับการตรวจด้วยคอลโปสโคปี ไม่ควรใช้วิธีการตรวจติดตาม เหมือนเช่นผลการตรวจชนิด ASCUS ที่เดิมแนะนำผู้ป่วยให้สามารถเลือกตรวจติดตามโดยไม่ต้องตรวจคอลโปสโคปีได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกื้อหนุน บัวไพจิตร¹² ดังนั้นการตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยา ที่มีห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน มีบุคลากรทางเซลล์วิทยาที่เชี่ยวชาญในการแปลผล รวมทั้งมีพยาธิแพทย์เป็นที่ปรึกษาให้ความเห็นในกรณีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ จึงช่วยให้การแปลผลทางเซลล์วิทยามีความแม่นยำสูงตรงกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย และเพื่อให้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรจะสนับสนุนให้มีการตรวจหาเชื้อ HPV (HPV test) ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยาให้แพร่หลายต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มงานพยาธิวิทยา ภาควิภาค พยาธิแพทย์ทุกท่าน และศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งอาจารย์แพทย์ที่ปรึกษาที่ให้ข้อเสนอแนะในการการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อน พี่-น้อง ที่คอยให้กำลังใจในการทำวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยที่ไม่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. นกแก้ว สุติ, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ในตำบลหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น, วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2558 ; 18(1): 136-45.
2. World Cancer Research Fund International. Cancer World wide data [Internet]. 2012 [cited 2016 June 29]. Available from: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data>
3. สุพรรณษา กันทะสอน. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ในสตรีกลุ่มชนชาติพันธุ์ในจังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. เชียงราย : มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ; 2561.

4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ : ไขสติกการพิมพ์ ; 2561.
5. วารุณี วัชชัย, รัชนิวรรณ จันทร์สว่าง, ปาจริย วรรณทชัย. ศึกษาผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรก งานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคมะเร็ง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2562] ; เข้าถึงได้จาก: <https://www.lpch.go.th/km/uploads/20170125142453800508.pdf>
6. นิตยา ราชกิจ. สถานการณ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์.[อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2562] ; เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.163/hpc3/assets/dmkm/20200909040920-สถานการณ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก%20.pdf>
7. จตุพล ศรีสมบูรณ์. มะเร็งปากมดลูก: การวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ : พี.บี. ฟอเรนบุ๊กส์ เซนเตอร์ ; 2547.
8. สุรพันธุ์ คุณอมรพงศ์, สุมาลี ศิริอังกุล. พยาธิวิทยาของปากมดลูก . เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2561.
9. Kurman RJ, Henson DE, Herbst AL, Noller KL, Schiffman MH. interim guidelines for management of abnormal cervical cytology : The 1992 National Cancer institute Workshop. JAMA 1994 ; 271 : 1866-9.
10. วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, ภาพันธ์ เกษมสานต์, จตุพล ศรีสมบูรณ์. HPV-related diseases and HPV vaccines. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2554.
11. พรไพโรจน์ มิตรปราสาท . ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ในจังหวัดสุรินทร์ .วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2546 ; 18(1) : 3-12.
12. เกื้อหนุน บัวไพจิตร. ความสัมพันธ์ของผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับผลการตรวจทางพยาธิในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561 ; 21(3) : 1-11.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การสื่อสารทาง Line Development of Care Model for Diabetic Type 2 by Line Application

ศิริกุล ศรีหนา*

Sirikul Srina

Corresponding author : E-mail : Sirikulmd@gmail.com

(Received: December 21,2020 ; Revised : December 30, 2020; Accepted: January 10, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมและค่า HbA1c ก่อนและหลังพัฒนาารูปแบบ และประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านการใช้ Line application โรงพยาบาล จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest – posttest designed)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลาก เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การสื่อสารทาง Line เป็นจำนวน 6 เดือน ข้อมูล สื่่วิตทัศน์ แผ่นพับ และถามตอบในกลุ่ม Line ทุกวันโดย ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ Line “กลุ่มเบาหวาน จตุรพักตร 63” วิเคราะห์ข้อมูลโดย หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยสถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) ; HbA1c ต่ำกว่าก่อนทดลอง ($p < .001$) และความพึงพอใจต่อ Line application อยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้ Application ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น และค่า HbA1c ลดลง

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ; การสื่อสารทาง Line

ABSTRACT

Purpose : To compare knowledge, behavior and HbA1c, and assess the satisfaction in taking care of diabetic mellitus through the use of line application of chaturaphak phiman hospital Roi-Et province.

Design : Quasi-experimental; Two group pretest - posttest designed, pre- and posttest design

Material and Methods: The sample consisted of 60 participants T2DM by drawing lots it was a test group of 30 people and a control group of 30 participants who had similar characteristics. The experimental group was developed a 6-month model of care for type 2 diabetes mellitus patients using line communication, information, media, videos, brochures and Q&A in the line group daily by the researchers. Data were collected by using knowledge questionnaires. The self-care behavior of diabetics and the satisfaction of the use of line “Chaturaphak Phiman diabetes group 63” data were analyzed by means of mean standard deviation.

Main finding : T2DM had a mean score of knowledge and self-care behavior more than before ($p < .001$); HbA1c was lower than before ($p < .001$) and satisfaction with Line application were high.

Conclusion and recommendations: The results of this research indicated that it resulted in the target group having knowledge, self-care behavior increased were increased and the HbA1c was decreased.

Keywords : Care model for diabetic type 2 ; Line application

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการสร้างฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้ยังเป็นโรคที่มีแนวโน้มมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนมีการคาดการณ์ว่าอีกประมาณ 18 ปีข้างหน้าหรือปี 2578 อาจจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 200 ล้านคนทั่วโลก¹ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,292.79 และ 1,439.04 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2559 และ 2561 และจังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,420.95 และ 1,626.52 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2559 และ 2561 พบว่าในปี 2561 มีผู้เสียชีวิตภาพรวมในประเทศไทยและจังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยโรคเบาหวาน 114.28 และ 128.28 ต่อแสนประชากร¹ ซึ่งเป็นโรคที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงมากเช่นกัน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคเบาหวานตลอดชีวิต การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญ ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ในประเทศไทยแนะนำให้ใช้เกณฑ์เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานที่ HbA1c น้อยกว่า 7% เช่นกัน แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายทำได้ยาก เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะอ้วน และจากการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียง (28.00%) ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง ซึ่งเกิดจากการล้มรับประทานยา ใช้ยาตามขนาดเดิม² ซึ่งให้เห็นว่าการให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-Management Education ; DSME) และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง (Diabetes Self-Management Support ; DSMS) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการรักษา รวมทั้งดูแลสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวาน³ จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้าง

ทักษะเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษาโรคเบาหวาน สร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีสารสนเทศแบบก้าวกระโดดอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสมาร์ตโฟนและระบบซอฟต์แวร์ ที่มีการบูรณาการเข้ากับระบบคอมพิวเตอร์ ที่ได้รับความนิยมอย่างมากมายคือ สังคมออนไลน์ (Online Social Network) และการทำธุรกิจแบบโซเชี่ยลคอมเมิร์ซ (Social Commerce) เครือข่ายสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ที่ให้บริการผู้ใช้ให้สร้างเว็บไซต์ของตัวหรือโพสรูป วิดีโอ ดนตรี เพลง รวมถึงแชร์ความคิดและเชื่อมโยงไปยังเว็บไซต์อื่นๆ ซึ่ง Line application เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เป็นโซเชี่ยลมีเดียที่ได้รับความนิยมสูงสุด โดยล่าสุดมีจำนวนผู้ใช้ทั่วโลกมากกว่า 211 ล้านคน โดยประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีผู้ใช้ไลน์เป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากประเทศญี่ปุ่น คือ 33 ล้านคน (ไทยรัฐทีวี จับมือ Line ประเทศไทย เปิดตัวบริการใหม่⁴ ซึ่งเป็นช่องทางในการให้ความรู้ การสนทนาทั้งข้อความ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยสามารถทำได้ทั้งการให้สุขศึกษาแบบกลุ่มหรือส่วนบุคคล ที่สะดวกทั้งแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วยเบาหวานที่มีข้อปรึกษาซึ่งไม่มีข้อจำกัดในด้านเวลาที่ให้คำปรึกษา ผู้ป่วยไม่เสียค่าบริการโทรศัพท์ ไม่ต้องเดินทางมาสอบถามหรือรับคำปรึกษาที่โรงพยาบาล และเหมาะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากแพทย์ที่ดูแลหลัก

ในทำนองเดียวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีประชากร 80,160 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 4,464 คน 4,447 คนและ 4,751 คน ในปี พ.ศ.2560, 2561 และ 2562 ส่วนในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 472 คน จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 4,710 คน เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

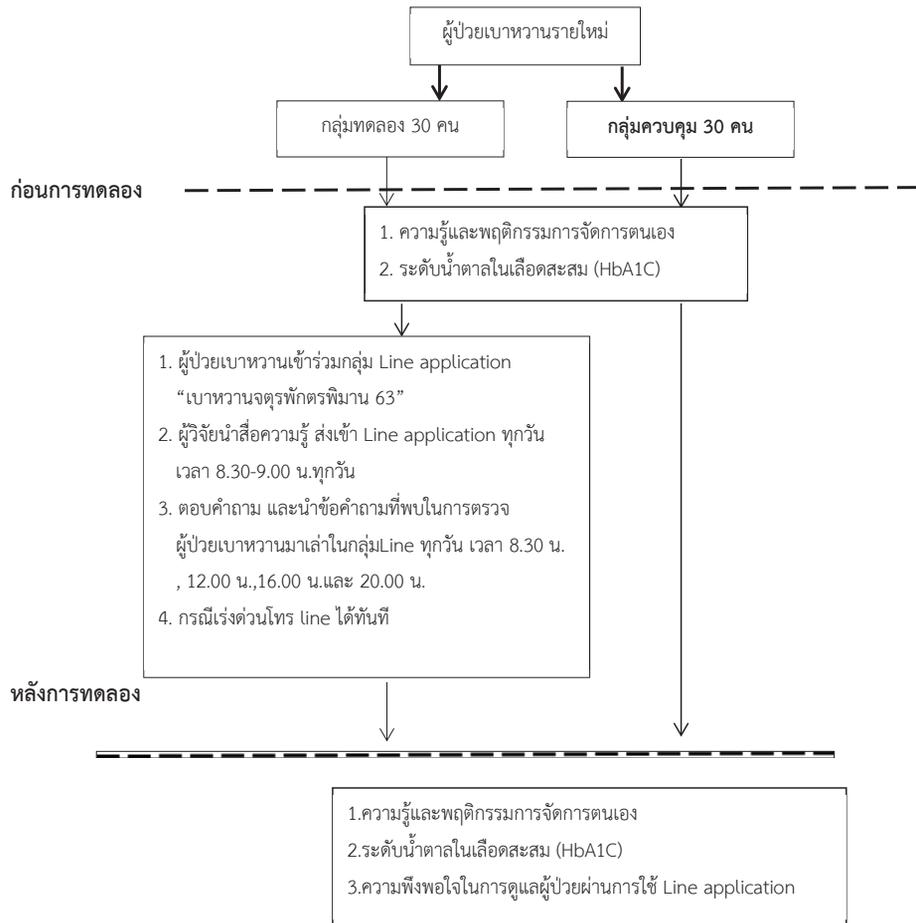
1,546 คน ที่เหลือรับบริการที่คลินิกหออกรับนอกโรงพยาบาล ในจำนวนผู้ป่วยรับบริการในโรงพยาบาล 1,546 คน มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 184 คน ที่ส่วนมากมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) เท่ากับหรือมากกว่า 7% มากถึง (84.23%)⁵ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรายใหม่มีความเสี่ยงที่จะควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ผู้วิจัยซึ่งเป็นแพทย์ที่ให้การรักษาและดูแลคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน เห็นความสำคัญและความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ควรได้รับการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะรายใหม่ที่ยังไม่มีโรคร่วมและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ มีความรู้ ทักษะการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลจัดการตนเองได้ ผ่านสื่อ Line application ในกลุ่ม Line “เบาหวาน จตุรพักตร63” เพื่อเป็นช่องทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน โภชนาการ การออกกำลังกาย ยา การตรวจวัดระดับน้ำตาล การดูแลสุขภาพช่องปาก เท้า อื่นๆ และการถามตอบข้อคำถามทั้งเรื่องโรคเบาหวาน การมารับบริการ การเตรียมตัวก่อนวันนัด การให้คำปรึกษา ซึ่งช่องทางนี้เป็นกลุ่มที่มีความเป็นโรคเบาหวานรายใหม่และมีประสบการณ์คล้ายๆ กัน ผู้วิจัยจึงมีความมั่นใจว่าจะเป็นช่องทางการให้ความรู้ การปรับพฤติกรรมที่ดีมากในยุคปัจจุบัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในการตอบคำถามและให้ความรู้ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรม และค่า HbA1c และศึกษาความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านการใช้ Line application

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาผ่าน Line application 6 เดือน ในกลุ่มทดลอง และประเมินผลเปรียบเทียบก่อนหลังคือ ความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)



ภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาและขึ้นทะเบียนรายใหม่ที่คลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 ธันวาคม 2562 เก็บข้อมูลไปข้างหน้า 6 เดือน (1 มกราคม 2563 - 30 มิถุนายน 2563) มีอายุตั้งแต่ 20 – 60 ปีโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม ในปี 2562 มีสมาร์ตโฟนและ Line application อ่านหนังสือและสื่อสารผ่านทาง Line application ได้และยินยอมเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดโครงการ มีเกณฑ์การคัดออกคือมีอาการรุนแรงจนได้นอนพักรักษาตัวในอาการวิกฤต ย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การสื่อสารทาง Line เพื่อใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ 6 ประกอบด้วย

1) พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการให้ความรู้และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีแรงจูงใจ มีความรู้และเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ มีทักษะการจัดการและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองโดยการประเมินและสร้างความตระหนักในปัญหา โดยการให้ข้อมูล ผลค่าน้ำตาลในเลือดและให้ผู้ป่วย

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การจำกัดอาหารหวานมันและกลับมาประเมินค่า FBS อีกครั้งก่อนที่จะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ การตั้งคำถามที่ช่วยให้ผู้คิดได้หันมามองดูตัวเอง จนเกิดความตระหนักในปัญหาและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สั้นๆ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานด้วยผู้วิจัย

2) เชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการรับข้อมูล การสื่อสาร การปรึกษาสุขภาพของผู้ป่วย ทาง Line application

3) สร้างแรงจูงใจ โดยตั้งเป้าหมายในการมีสุขภาพที่แข็งแรงและอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข โดยผู้วิจัยส่งวีดิโอที่แสดงถึงเรื่องราวของการเจ็บป่วยโรคแทรกซ้อน การปรับพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพสั้นๆ เข้าในกลุ่ม Line ทุกวัน

4) ส่งวีดิทัศน์ / ภาพ การปรับพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. เข้าในกลุ่ม Line ทุกวัน

5) ถามตอบปัญหาสุขภาพหรือข้อสงสัยในภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการแทรกซ้อน ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ทุกวัน เวลา 8.30 น., 12.00 น., 16.00 น. และ 20.00 น.

6) วีดิทัศน์ สื่อ การทำจิตใจให้สงบและมีความสุข เข้าในกลุ่ม Line ทุกสัปดาห์

7) ให้แรงเสริม ให้กำลังใจ สนทนา ตอบคำถาม โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาการที่สังเกตตนเองเบื้องต้น การดูแลความสะอาดเท้า การรับประทานอาหาร การผ่อนคลาย

8) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน กรณีที่ค่า FBS มีค่ามากกว่า 155 mg% (กลุ่มสีส้ม)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) ค่า HbA1c และ 2) แบบทดสอบความรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ข้อมูลความพึงพอใจ

ในการใช้ Line application หลังการทดลอง วิเคราะห์ แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลความรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่า HbA1c ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มประชาชน

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 2563-02-12-091

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ที่เข้าร่วมวิจัย เป็นเพศชายและหญิงเท่ากันคือ ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 50.66 ปี (SD.=7.19) อายุสูงสุดคือ 65 ปี ต่ำสุด 34 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษาเท่ากันคือ (36.67 %) เป็นเบาหวานเฉลี่ย 3.93 ปี (SD.=1.76) เป็นเบาหวานนานที่สุด 8 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) เฉลี่ย 147.5 mg% (SD.=20.75) ค่าสูงสุด 180 mg% ค่าต่ำสุด 90 mg% ญาติพี่น้องสายตรง เป็นเบาหวาน(70.00%) และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย ที่เข้าร่วมวิจัย เป็นเพศหญิง (56.70%) มีอายุเฉลี่ย 52.56 ปี (SD.=6.46) อายุสูงสุดคือ 62 ปี ต่ำสุด 38 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (50.00%) เป็นเบาหวานเฉลี่ย 4.23 ปี (SD.=1.63) เป็นเบาหวานนานที่สุด 8 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) เฉลี่ย 149.7 mg% (SD.=17.66) ค่าสูงสุด 185 mg% ค่าต่ำสุด 122 mg% ญาติพี่น้องสายตรงเป็นเบาหวาน (50.00%)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากร

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
อายุ (เฉลี่ย : SD.)	50.66 (SD.=7.19)	52.56 (SD.=6.46)
40 ปีลงมา	10.00	3.34
41-50 ปี	36.67	33.33
51 – 60 ปี	43.33	50.00
61 ปี ขึ้นไป	10.00	13.33
เพศ		
ชาย	50.00	43.30
หญิง	50.00	56.70
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	36.67	23.34
มัธยมศึกษา	36.67	50.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	26.66	26.66
สถานภาพสมรส		
คู่	80.00	70.00
โสด หม้าย หย่า แยก	20.00	30.00
ญาติพี่น้องสายตรงเป็นเบาหวาน		
เป็น	70.00	50.00
ไม่เป็น	30.00	50.00
ระดับน้ำตาลในเลือด (เฉลี่ย:SD.,ต่ำสุด,สูงสุด)	147.50 (20.75,90,180)	149(17.66,122,185)
ปกติ (< 125 mg/dl)	10.00	10.00
สีเหลือง (125-154 mg/dl)	43.33	43.33
สีส้ม (155-182 mg/dl)	46.67	43.33
สีแดง (> 182 mg/dl)	0	3.34
ระยะเวลาในการป่วยเป็นเบาหวาน (เฉลี่ย)	3.93(SD.=1.76)	4.23(SD.=1.63)
3 ปี ลงมา	50.00	40.00
4-5 ปี	30.00	40.00
6 ปีขึ้นไป	20.00	20.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากร

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ระดับน้ำตาล (FBS) (เฉลี่ย)		
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	147 (SD.=20.75)	149.70 (SD.=17.66)
หลังการพัฒนารูปแบบ	117.73 (SD.=23.04)	132.86 (SD.=21.87)

2. พัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ Line application หลังจากคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มเป้าหมายเข้า กลุ่ม Line “เบาหวาน จตุรพักตร์63” โดยครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมเพิ่มได้ ตกลงการใช้กลุ่ม Line ด้วยกัน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถถามถึงปัญหาต่างๆ ที่พบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัย จะตอบปัญหา ทุกวัน เวลา 8.30 น., 12.00 น., 16.00 น. และ 20.00 น. ถ้าประสงค์ที่จะถามใน Line ส่วนตัวของผู้วิจัยก็สามารถทำได้ และถ้าปัญหาที่ถามใน Line ส่วนตัวที่ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าน่าจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานท่านอื่น ก็จะนำข้อความมาตอบใน Line กลุ่ม ด้วยโดยไม่บอกว่าใครถาม เนื้อหาและ วิดีทัศน์ที่เอานำมาลงใน Line ผู้วิจัยจะคัดเลือก ข้อมูลด้านการรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวานจาก “แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ” ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยและคณะ ในเนื้อหา เป้าหมายการรักษา การประเมินสุขภาพประจำปี การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การรักษาภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา การดูแลสุขภาพช่องปาก ไต ตา เท้า โดยใช้การสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) ให้ผู้ป่วยรับทราบสถานะสุขภาพของตนเอง และวางแผนปฏิบัติตนตามเนื้อหาที่ผู้วิจัยได้พูดคุยและผู้ป่วยได้เลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองครั้งแรก ที่กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม และจะนำข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเข้าใน Line กลุ่ม ทุกๆสัปดาห์สำหรับวิดีโอและแผ่นพับ นำมาจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ www.hsri.or.th, www.hc-hospital.com, www.dmthai.org, www.hfocus.org, เป็นต้น โดยเลือกสื่อที่เข้าใจง่าย สีสันสวยงามน่าอ่าน ภาพชัดๆ คำบรรยายไม่มาก การปรับพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. การทำจิตใจให้สงบและมีความสุข โดยนำเข้าช่วงเวลา 6.00-8.00 น. 12.00-13.00 น. และ 18.00-20.00 น. สลับเนื้อหา และตอบคำถาม

3. การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมและค่า HbA1c
3.1 ความรู้ พฤติกรรมและค่า HbA1c ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ก่อนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มทดลอง มีความรู้เฉลี่ย 12.00 คะแนน (SD.= 2.40) (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 8 คะแนน โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อโรคเบาหวาน คือ การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติของคนทั่วไป ข้อการรับประทานอาหารประเภท แป้ง อาหารทอด ขนมหวาน ทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติได้ (73.30%) ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกมากที่สุด คือ ข้อผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ ข้อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานคือ มากกว่า 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยมีผู้ตอบถูกเพียง(43.30%) มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 45.26 คะแนน (SD.=3.27) (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) โดยพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำที่เหมาะสมมากที่สุด คือ ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ข้อท่านไปรับการตรวจเลือด วัดความดันโลหิตตามที่ได้รับคำแนะนำ ข้อท่านอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายตามซอกอับต่างๆ เช่น รักแร้ ซอกขา ขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นพิเศษ (70.00%) ปฏิบัติเป็นประจำที่ไม่เหมาะสมมากที่สุดคือ ข้อท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชา หรือกาแฟ ที่ใส่น้ำตาล (73.30%) แต่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติในผู้ป่วยเบาหวานแต่มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้แก่ ข้อท่านดูแลเท้าเมื่ออาบน้ำโดยฟอกสบู่ชอกนิ้วเท้าและเมื่อเวลาเช็ดตัวซับเท้า ให้แห้ง ข้อท่านบริหารเท้าโดยการนวด หมุนข้อเท้า กระดกปลายเท้าขึ้นลงซ้ายขวา ข้อท่านตรวจเท้าเพื่อดูบาดแผลหรือดูเล็บขบ(53.30%) สำหรับค่า HbA1c เฉลี่ย 8.18 % (SD.=0.981) ค่าสูงสุดเท่ากับ 11.00% ต่ำสุดเท่ากับ 7.00% กลุ่มควบคุม มีความรู้เฉลี่ย 11.83 คะแนน (SD.= 4.31) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนนโดย

ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อหลังรับประทานยาเบาหวานแล้วเกิดอาการหิว เหงื่อออก ใจสั่น คล้ายจะเป็นลมบ่อยๆ ควรปรึกษาแพทย์ ข้ออาการหิว ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ควรดูแลตนเองเบื้องต้น โดยอมน้ำตาลหรืออมลูกอมทันที (73.30%) ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกมากที่สุดคือ ข้อหากมีอาการมึน ชา ที่เท้าควรใช้กระเป๋าน้ำร้อนวางที่เท้า หรือใช้ยาหม่องนวด เข้า-เย็น ข้อถ้าไม่ได้รับประทานอาหารในมือนั้นๆ ไม่ต้องรับประทานยาเบาหวาน โดยมีผู้ตอบถูกเพียง (43.30%) มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 46.20 คะแนน (SD.=2.56) โดยพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำที่เหมาะสมมากที่สุดคือ ข้อท่านพกยาเบาหวาน ลูกอมหรือน้ำตาลก่อนเวลาออกจากบ้าน หรือเมื่อเดินทางไกล ข้อท่านตรวจเท้าเพื่อดูบาดแผล หรือดูแลเล็บขบ (73.30%) ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกมากที่สุดคือ ท่านปรับลดยาเอง โดยมีผู้ตอบถูกเพียง(43.30 %)สำหรับค่า HbA1c เฉลี่ย 8.55% (SD.=1.12) ค่าสูงสุดเท่ากับ 11.20% ต่ำสุดเท่ากับ 7.20% ดังตารางที่ 2

หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มทดลอง มีความรู้เฉลี่ย 15.43 คะแนน (SD.= 3.52) (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 18 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมอาหารเพื่อให้ได้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ข้อการรับประทานอาหารประเภท แป้ง อาหารทอด ขนมหวาน ทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติได้ ข้อหลังรับประทานยาเบาหวานแล้วเกิดอาการหิว เหงื่อออก ใจสั่น คล้ายจะเป็นลมบ่อยๆ ควรปรึกษาแพทย์ ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 50.06 คะแนน (SD.=3.67) (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)โดยพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำที่เหมาะสมมากที่สุดคือ ข้อท่านรับประทานอาหารตรงเวลา ครบ 3 มื้อทุกวัน ข้อท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ข้อท่านไปรับการตรวจเลือด วัดความดันโลหิตตามที่ได้รับนัด ข้อท่านอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายตาม

ข้ออีกอย่างๆ เช่น รักแร้ ซอกขา ขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษ ข้อท่านดูแลเท้าเมื่ออาบน้ำโดยฟอกสบู่ถูซอกนิ้วเท้าและเมื่อเวลาเช็ดตัวซับเท้าให้แห้ง ร้อยละ 100 สำหรับค่า HbA1c เฉลี่ย 6.89 % (SD.=0.68) ค่าสูงสุดเท่ากับ (11.00%) ต่ำสุดเท่ากับ (7.00%)

กลุ่มควบคุม มีความรู้เฉลี่ย 11.93 คะแนน (SD.= 2.56) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อผู้ป่วยเบาหวานควรกินผักทุกวัน อย่างน้อยมื้อละ 1 ทัพพี โดยเน้นผักใบให้มาก เช่น ผักบุ้ง กะหล่ำปลี ส่วนผักหัว เช่น ฟักทอง แครอท จำกัดมื้อละไม่เกิน 1 ทัพพี ข้ออาการใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก เป็นอาการแสดงเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (73.30%) ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกมากที่สุด คือ ข้อผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเท้าและผิวหนังไม่ให้เกิดบาดแผลเป็นอันตราย ข้อหากลิมกินยาเม็ดใดมื้อหนึ่ง สามารถกินเพิ่มเป็น 2 เท้า ในมือถัดไปได้ โดยมีผู้ตอบถูกเพียง (43.30%) มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 46.40 คะแนน (SD.=3.37) โดยพบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำที่เหมาะสมมากที่สุดคือ ข้อท่านรับประทานอาหารประเภทผักต่างๆ 3 มื้อต่อวัน (73.30%) สำหรับค่า HbA1c เฉลี่ย (7.79 %) (SD.=0.80) ค่าสูงสุดเท่ากับ (11.20%) ต่ำสุดเท่ากับ (7.20%) ดังตารางที่ 2

3.2 ความรู้ พฤติกรรม และค่า HbA1c ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ ค่า HbA1c ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ (6.89 %) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ (7.79 %) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และค่า HbA1c และหลังพัฒนารูปแบบ

	Mean (SD.)	Mean (SD.)	Mean diff. (SE)	t-test	p
ความรู้ กลุ่มทดลอง	12.00(2.40)	15.43(3.52)	3.4(0.75)	8.02	<.001
กลุ่มควบคุม	11.83(4.31)	11.93(3.94)			
พฤติกรรม กลุ่มทดลอง	45.26(3.27)	50.06(3.67)	4.8(4.7)	5.58	<.001
กลุ่มควบคุม	46.20(2.56)	46.40(3.37)			
HbA1c กลุ่มทดลอง	8.18(0.98)	6.89(0.68)	1.28(1.09)	6.40	<.001
กลุ่มควบคุม	8.55(1.12)	7.79(0.80)			

หลังการพัฒนารูปแบบได้ประเมิน ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านการใช้ Line application พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจมาก ในข้อ สื่อความรู้ที่ท่านได้รับทางกลุ่ม Line “เบาหวาน จตุรพักตร63” ข้อสื่ออ่านง่าย น่าสนใจ นำไปปฏิบัติได้ง่าย และในภาพรวมของการใช้ กลุ่ม Line “เบาหวาน จตุรพักตร63” (66.70%) รองลงมาคือ ท่านเข้าใช้และอ่าน กลุ่ม Line “เบาหวาน จตุรพักตร63” (63.30%) กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจปานกลางมากที่สุดคือ ข้อ ท่านรอคำตอบของแพทย์ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยนาน (76.70%) รองลงมาคือข้อการตอบคำถามของแพทย์ทำให้ท่านเข้าใจ (66.70%)

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การสื่อสารทาง Line เป็นการทดลองในผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานจาก “แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560” ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยและคณะ และสื่อต่างๆ ที่รวบรวมมาจากแหล่งการศึกษา หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยและอื่นๆ ที่คัดเลือกให้สื่อสารเข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติได้ทุกกลุ่มวัย รวมถึงการถามตอบในปัญหาที่ผู้ป่วยพบ เป็นช่องทางที่ดีมากที่ผู้ป่วยได้ที่ปรึกษาหรือสามารถสอบถามได้ ไม่ต้องเสียเวลาเดินทางมาที่โรงพยาบาลหรือไปหาแหล่งข้อมูลที่มี

ความน่าเชื่อถือน้อยกว่า มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มที่มีอาการโรคเดียวกัน สมาชิกได้เรียนรู้ถึงปัญหาของคนอื่นและได้มีการปรับเปลี่ยนตามข้อแนะนำของผู้วิจัยและสื่อที่ผู้วิจัยคัดเลือกมาอย่างดี ผู้วิจัยได้รับรู้ถึงปัญหาและสามารถชี้แนะหรือเข้าช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ได้แก่ อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการไม่สุขสบายจากการทานยาเบาหวานร่วมกับยาอื่น อาการแผลที่ผู้ป่วยสามารถถ่ายรูปและส่งปรึกษาได้ และได้รับคำแนะนำในการดูแลเบื้องต้น

การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ Line application นอกจากมีประโยชน์ในการพัฒนาความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้ผู้วิจัยจำผู้ป่วยและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมารับบริการต่อในโรงพยาบาล จะทำให้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ ทราบข้อจำกัดของผู้ป่วย ครอบครัวและปฏิกิริยาการณของผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพเป็นรายๆ ส่งผลให้ปัญหาผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและนำไปสู่การเรียนรู้ภายในสมาชิกกลุ่ม Line

การเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมและค่า HbA1c ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่าระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิมล อุลิตผล⁷ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง โดยใช้กระบวนการจัดกลุ่มทดลองเป็นฐาน มีการพูดคุยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เพิ่มเติม) สูงกว่า

ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณี ยศปัญญา, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร และ พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร^๑ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และมีกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเมื่อได้รับการจัดโปรแกรมการพัฒนาหลากหลายรูปแบบ ล้วนมีผลทำให้หลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งการใช้ Line เพื่อเป็นช่องทางในการรับรู้ข่าวสาร สื่อต่างๆ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนทั้งความรู้ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบกับผู้วิจัยได้เสริมพลังกลุ่มเป้าหมาย สร้างแรงจูงใจ คำชื่นชม ให้เห็นถึงศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเองได้

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านการใช้ Line application พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจมากในเรื่อง สื่อ ความรู้ การนำไปปฏิบัติได้ และควรปรับปรุงในระยะเวลา รอคอย การตอบกลับของผู้วิจัย ซึ่งข้อตกลงก่อนการใช้กลุ่ม Line ในการสื่อสาร คือมีระยะเวลาที่ผู้วิจัยจะตอบ แต่ด้วยความกังวลของผู้ป่วยในปัญหาที่พบ ทำให้ความรู้สื่อระยะเวลา รอคอยนาน แต่ในภาพรวมสื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมมากคือการใช้สื่อผ่านโปรแกรมหรือ Application ที่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่สามารถทำให้พฤติกรรมของผู้รับสารเปลี่ยนแปลงไปได้ เนื่องจากสื่อผ่าน Line มีความสะดวกสามารถเข้าถึงได้ทุกเวลา เปิดอ่านได้ตลอดเวลา สื่อยังมีรูปแบบที่สวยงาม เข้าใจง่าย สามารถกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ โดยเฉพาะเป็นการสื่อสาร 2 ทางที่มีการถามตอบในปัญหาที่กลุ่มเป้าหมายพบ และเนื่องจากสมาชิกกลุ่มเป็นโรคกลุ่มเดียวกัน จึงมีความเข้าใจและมีปัญหาคล้ายๆ กัน ทำให้ Line กลุ่มมีการพูดคุยกันอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. การปรับเปลี่ยนความรู้ พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สื่อ Online เป็นช่องทางที่

เหมาะสมมากในปัจจุบัน ที่มีการใช้ Application หลากหลายช่องทาง ซึ่งช่องทาง Line เป็นช่องทางที่ถูกคัดเลือกเข้ามาทำการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายทุกคนใช้เป็นประจำ และมีเวลาในการอ่านรายละเอียดใน Line มากกว่า ในขณะที่รอพบแพทย์ หรือในขณะที่เข้าตรวจกับแพทย์ที่มีระยะเวลาสั้นๆ และมีผู้ป่วยอีกหลายคนรอคอยการพบแพทย์

2. การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันทำได้ง่ายมาก เนื่องจากข้อมูลหรือสื่อต่างๆ มีในหลายๆ แหล่ง ซึ่งต้องได้รับการคัดเลือกถึงความรู้ ความน่าสนใจของสื่อ สีสันสวยงามน่าอ่าน และที่สำคัญสามารถส่งต่อไปให้กลุ่มอื่นหรือคนในครอบครัวผู้ป่วยได้ เป็นการเผยแพร่สื่อเหล่านี้ไปยังกลุ่มอื่นๆ ได้ง่าย จึงควรมานำใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่ออื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2550 - 2557 จำแนกรายจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุขและภาพรวมประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
2. ธนศุภณี สายแสง, วีระศักดิ์ จิตโรสง, กนกศักดิ์ สุทธิประภา, สุวรรณภา ภัทรเบญจพล. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการ สถานพยาบาลปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี. ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ; 2557.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี : ร่มเย็นมีเดีย ; 2560.

4. ผู้จัดการออนไลน์. ไทยรัฐทีวี จับมือ Line ประเทศไทย เปิดตัวบริการใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://mgronline.com/business/detail>
5. โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. ฝ่ายบริการพยาบาล. รายงานผู้ป่วยนอก ปี 2563. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาล ; 2563.
6. ประเวศ ต้นติพิวัฒนกุล. แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. ใน : จุริพร คงประเสริฐ, ธีรรัตน์ อภิญญา, บรรณาธิการ. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2558.
7. พรพิมล อุลิตผล. การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย เบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขานม อำเภอกะเปอร์ จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558; 3(3) : 441-52.
8. อรุณี ยศปัญญา, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, พัฒนาวดี พัฒนธาตุตร (2561) ผลของโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกคู่ อำเภอกัทพัตน์ จังหวัดอุทัยธานี. ใน : ประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 17 ; 21 กรกฎาคม 2560 ; ณ ศูนย์วัฒนธรรมภาคเหนือตอนล่าง วังจันทรีริเวอร์วิว มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. พิษณุโลก; 2560.
9. อุไรรัตน์ มากไมตรี. อิทธิพลของสื่อออนไลน์ที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค กรณีศึกษาธุรกิจเบเกอรี่ในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.

รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด Nursing Assignment Model in General Medical Wards, Roi - Et Hospital

บุษบา วงศ์พิมล * พนิดา สุทธิประภา ** วิภาวดี วโรรส *** จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล ****
Busaba Wongpimoln *, Panida Sutthiprapa **, Wipawadee Waroros ** ,
Chuthaporn Pheumphul ****

Corresponding author : E-mail : busabawongpimoln@gmail.com

(Received : December 21,2020 ; Revised : December 30, 2020 ; Accepted : January 10, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมวิจัย เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับปฏิบัติ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) ดำเนินการ และ3) ประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม แบบประเมินผลการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบปรนัย

ผลการวิจัย : พบว่า 1) สถานการณ์การมอบหมายงานพยาบาล พบประเด็นปัญหาและความต้องการพัฒนา 5 ด้านคือ ด้านสมรรถนะบุคลากรพยาบาล บทบาทหน้าที่ในทีมการพยาบาล การจัดพื้นที่บริการผู้ป่วย การประเมินการปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล 2) กระบวนการพัฒนา 5 ขั้นตอนได้แก่ สร้างความตระหนัก สร้างการมีส่วนร่วม สร้างทีมพัฒนา นำร่องในหอผู้ป่วยตัวอย่าง และขยายการพัฒนาไปยังหอผู้ป่วยอื่นได้รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลแบบรายกรณี (Case method) ผสมผสานแบบทีม (Team method) 3) ประเมินผลพบว่า พยาบาลปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการมอบหมายพยาบาลที่สร้างขึ้น (92.80 %) และพึงพอใจต่อรูปแบบใหม่ (83.20%) ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง (0.53%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลแบบรายกรณีผสมผสานแบบทีมเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทการพยาบาลอายุรกรรม สามารถปฏิบัติได้จริง เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น

คำสำคัญ : มอบหมายงาน ; พยาบาลอายุรกรรม ; รูปแบบ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ;

** หัวหน้าพยาบาล

*** หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 4-5

**** พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : The aimed to develop nursing assignment model for general medical wards, Roi Et hospital.

Research Design : Action research

Materials and Methods : The research participants were heads wards and registered nurses. This study divided into three phases ; 1) Situation analysis, 2) Implementation, and 3) Evaluation. Research instruments consisted of in-depth interview, focus group discussion, performance evaluation form, satisfaction survey form, and medication error form. The data were analyzed using percentage, mean, and deductive content analysis.

Main findings : The results revealed that 1) the situation of nursing assignment problem was found five dimensions; nursing competency, defining roles and responsibilities in the nursing team, organizing department and patient's service area, evaluating in nursing practice and risk management. 2) The development process divided into five steps; raising awareness, creating participation, building team, pilot study for the development in a sample ward model, and expanding the development coalition to other wards. This process got nursing assignment by case method mix with team method model. 3) Outcomes were; nurses followed nursing assignment model were 92.80 percent, and 83.20 percent were satisfied with the new practice model. medication error was 0.53 percent by decreasing.

Conclusion and recommendations : Conclusion ; Nursing assignment by case method mix with team model was suitable for medical nursing context which can apply to work practically and can be conducive to nursing practice for greater patient safety.

Keywords : Assignment ; Medical nursing ; Method

บทนำ

การมอบหมายงานพยาบาล เป็นหนึ่งในกระบวนการบริหารหอผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลัก เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีความพึงพอใจ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ทั้งนี้การให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วย ต้องบูรณาการการดูแลผู้รับบริการให้ครบ องค์กรรวมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ¹ ดังนั้นการมอบหมายงานพยาบาลในหอผู้ป่วย จึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลทำงานด้วยความราบรื่น คล่องตัว ตลอดจนเกิดการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่ครบถ้วน ทันเวลา ผู้ป่วยปลอดภัย ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ² โดยการมอบหมายงานที่คืนั้น ต้องคำนึงถึงความหนักเบาตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย และความเพียงพอของอัตรากำลังพยาบาลทั้งด้านจำนวนและ

สมรรถนะ และประสบการณ์ของพยาบาล ดังนั้น การมอบหมายงานพยาบาล จึงต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจนในแต่ละเวร มีการกำหนดขอบเขตและอำนาจในการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานการพยาบาล รวมถึงความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ ในสิ่งที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการ โดยมุ่งหวังผลลัพธ์สุดท้าย คือ ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย³

ที่ผ่านมาปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมีทั่วโลก⁴ ในไทยขาดแคลนพยาบาลมากกว่า 30,000 คน⁵ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตซับซ้อน มีโรคร่วมและเสี่ยงสูงขึ้น ในขณะที่อัตรากำลังของพยาบาลที่ชำนาญงาน ไม่เพียงพอ ถึงแม้จะมีอัตราพยาบาลจบใหม่มีมาทดแทนทุกปีแต่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาสมรรถนะทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งมีภาระงานหนักและมีความรับผิดชอบมากขึ้น ในขณะที่ผู้รับ

บริการต้องการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพที่สูงขึ้น^{4,5} บริบทการพยาบาลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมนั้น มีทั้งผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ชับซ้อนและเสี่ยงต่อชีวิตสูง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษา และให้การพยาบาลที่ครบถ้วนรวดเร็ว แบบองค์รวม โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอายุรกรรมนั้น เกิดขึ้นตลอด 24 ชั่วโมง การมอบหมายงานพยาบาลจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ครบถ้วน มีคุณภาพและต่อเนื่อง ผู้รับบริการปลอดภัย โดยหอผู้ป่วยต้องมีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับความต้องการบริการ คำนึงถึงศักยภาพของบุคลากรและความหนักเบาของผู้ป่วยเป็นหลัก⁶⁻¹⁰

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A ในเขตสุขภาพที่ 7 ขนาด 820 เตียง ให้บริการและมีความปลอดภัยทั้งในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เปิดให้บริการทุกกลุ่มวัย กลุ่มโรค ครบทุกสาขาความเชี่ยวชาญ เน้น 5 สาขาหลัก ได้แก่ สาขามะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด และปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะเจ็บป่วยหลายระบบ ชับซ้อน เสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม จำนวน 5 หอผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุรกรรมหญิง 2 หอผู้ป่วยและอายุรกรรมชาย 3 หอผู้ป่วย จากสถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี 2558 พบผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม เฉลี่ย 45-50 รายต่อวัน ในแต่ละหอผู้ป่วย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จำแนกเป็นผู้ป่วยวิกฤติที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในปี 2558 และปี 2559 พบจำนวนสูงถึง 16,250 ราย และ 18,929 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย 44.52 และ 51.86 รายต่อวัน ตามลำดับ¹¹ ในขณะที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มีจำนวนอัตรากำลังพยาบาลเฉลี่ยเพียงร้อยละ 45-50 ของความต้องการพยาบาลทั้งหมด¹¹ และระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มีรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลที่แตกต่างกัน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การมอบหมายหน้าที่ไม่ชัดเจน มีความหลากหลายและไม่ครอบคลุมหน้าที่ที่สำคัญ การจัดพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยไม่มีการจัดแบ่งพื้นที่ชัดเจน โดยเฉพาะพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยอาการหนัก ที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ระบบและรูปแบบการส่งเวรไม่ชัดเจน การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในทีมพยาบาล ได้แก่ บทบาทหน้าที่หัวหน้าเวร หัวหน้าทีม และสมาชิกทีมพยาบาล

ในแต่ละหอผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน รวมถึงระบบการนิเทศกำกับติดตาม และ การประเมินผลการปฏิบัติงานพยาบาลในแต่ละเวร ยังไม่ครอบคลุมเด่นชัด เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การณ์ความเสี่ยง เช่น ความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยา อุบัติการณ์ การดึงท่อช่วยหายใจและเลื่อนหลุด

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม จึงได้จัดให้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ทีมพยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดการมอบหมายงานการพยาบาลของ Marram และคณะ(1974)¹² และการประกันคุณภาพการพยาบาล : การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน¹³ เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรการวิจัย เชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนคิด (Reflecting)¹⁴ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีการสังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติจากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการวางแผนปรับปรุงและดำเนินการใหม่เป็นเกลียววงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อเนื่อง โดยวางแผนกำหนดให้มีการประเมินผลในด้านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยาในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา สภาพแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์ การปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล¹⁵ เพื่อให้ได้รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ กระบวนการและประเมินผลรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่าง 10 พฤษภาคม 2559 ถึง 10 พฤษภาคม 2561 พื้นที่ศึกษาหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ อายุรกรรมหญิง ก, ข อายุรกรรมชาย ก, ข และค โดยทั้ง 5 หอผู้ป่วยนี้ มีการเกลี่ยจำนวนและประเภทการรับผู้ป่วยเท่ากันทำให้มีจำนวนใกล้เคียงกันในแต่ละหน่วยงาน รวมถึงทุกหน่วยงานใช้เกณฑ์เดียวกันในการจัดอัตรากำลังพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะศึกษาสถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1.1) การศึกษาประสบการณ์ การปฏิบัติการพยาบาลภายใต้การมอบหมายงานพยาบาลแบบเดิม และความต้องการพัฒนา การมอบหมายงานพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลระดับปฏิบัติ 5 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย 5 คน ในหอผู้ป่วยที่ศึกษา โดยการสัมภาษณ์ภายหลังลงเวรแต่ละครั้งใช้เวลานาน 1 ชั่วโมง 1.2) การศึกษาสถานการณ์การมอบหมายงานพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 5 คน 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลานาน 1 ชั่วโมง 1.3) การศึกษา ความต้องการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 10 คน 2 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลานาน 1 ชั่วโมง

2. ระยะดำเนินการพัฒนา ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 5 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน 5 หอผู้ป่วยที่ศึกษา จำนวน 100 คน เป็นการนำประเด็นสถานการณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อสร้างความตระหนักและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ดำเนินการวางแผน และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ร่วมกัน หลังจากนั้นนำแผนปฏิบัติการที่ได้นำสู่การปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยตามวงจรวิจัยเชิง

ปฏิบัติการแต่ละวงจร โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีการประชุมร่วมกันเพื่อปรับปรุงแผนปฏิบัติการสะท้อนการปฏิบัติและถอดบทเรียน จำนวน 6 ครั้งครั้งละ 1 วัน การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มในกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วย การสนทนากลุ่มในกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติของแต่ละหอผู้ป่วย การถอดบทเรียน และการบันทึกหลังปฏิบัติการ

3. ระยะการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนา รับทราบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในแต่ละวงจรปฏิบัติการ โดยได้ประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน 3 ครั้ง เพื่อปรับปรุงรูปแบบการมอบหมายงานที่กำหนดขึ้น และ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสรุปภาพรวมของกระบวนการพัฒนา

เครื่องมือในการวิจัย จำแนกตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1. ระยะศึกษาสถานการณ์ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ทางวิชาชีพ ดังนี้ (1.1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลภายใต้การมอบหมายงานพยาบาลที่เป็นอยู่ และความต้องการพัฒนาการมอบหมายงานพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม (1.2) แนวทางการสนทนากลุ่มเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการมอบหมายงานพยาบาลที่เป็นอยู่และความต้องการในการพัฒนาการมอบหมายงานพยาบาล (1.3) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

2. ระยะพัฒนาและระยะประเมินผล ใช้เครื่องมือดังนี้ (2.1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ใช้รวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษา เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกิจกรรมการพัฒนา ระบุปัญหาและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา (2.2) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (2.3) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติโดยปฏิบัติให้คะแนน 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน (2.4)

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ การมอบหมายงานพยาบาลผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (5 = ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการมอบหมายงานพยาบาลในระดับมากที่สุด 1 = ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการมอบหมายงานพยาบาลในระดับน้อยที่สุด) (2.5) แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และ (2.6) แบบบันทึกการทบทวนหลังปฏิบัติงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามที่ 2.3 และ 2.4 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.94 และ 0.92 แบบสอบถามที่ 2.3 ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน พบว่า มีค่าความเที่ยงโดยใช้ Kuder Richardson 20 : KR-20 เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามที่ 2.4 มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 การวิเคราะห์ห้ข้อมูล การวิเคราะห์ห้ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบประนัย (Deductive content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ห้ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ 041/2559 วันที่ 10 พฤษภาคม 2559 โดยผู้วิจัยได้ระมัดระวังเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ตามการมอบหมายงานพยาบาลแบบเดิมในปัจจุบัน และความต้องการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 5 คน อายุเฉลี่ย 50 ปี ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 25.5 ปี พยาบาลระดับผู้ปฏิบัติจำนวน 100 คน อายุเฉลี่ย 30.59 ปี แบ่งประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ดังนี้ ประสบการณ์ 0-2 ปี 2-3 ปี 3-5 ปี 5-7 ปี 8 ปีขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 35, 12, 14, 21,

และ 18 ตามลำดับ

1.2 ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อสถานการณ์ปัญหาการมอบหมายงานพยาบาล ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับปฏิบัติ พบดังนี้

1.2.1 หัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่ามีสถานการณ์ปัญหา 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่ 2) ด้านบทบาทหน้าที่ในทีมพยาบาลไม่ชัดเจน 3) ด้านการจัดหอผู้ป่วยและพื้นที่รับผู้ป่วยไม่กำหนดชัดเจน 4) ด้านการกำกับติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลไม่ต่อเนื่องครอบคลุม และ 5) ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงทางการพยาบาลยังต้องได้รับการพัฒนา

1.2.2 พยาบาลระดับปฏิบัติ พบว่ามี 6 ประเด็นหลัก คือ 1) ไม่มีการรับส่งเวรแบบรวมทีม ทำให้สมาชิกทีมได้รับข้อมูลการดูแลไม่ครบถ้วน 2) การประชุมปรึกษากองพยาบาลก่อนและหลังปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่องชัดเจน 3) ภาระการมอบหมายงานและความรับผิดชอบไม่เท่าเทียม 4) ผู้ป่วยแต่ละวันมีจำนวนมาก ทำงานไม่ทันเวลาตามที่ได้รับมอบหมาย ต้องลงเวรซ้ำ 5) พยาบาลต่างรีบทำงานของตัวเอง ไม่มีเวลาตรวจสอบการปฏิบัติของกันและกันได้ และ 6) การมอบหมายงานพยาบาลใช้รูปแบบรายกรณี ไม่สามารถแก้ไขปัญหากรณีที่มีภาระงานมาก และรูปแบบทีมพยาบาลไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม

1.3 ความต้องการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.3.1 ต้องการรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลที่สามารถแก้ปัญหา 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การมอบหมายงานพยาบาลแบบมีพี่เลี้ยงสำหรับดูแลสมาชิกทีมและพยาบาลจบใหม่ 2) ต้องการงานเป็นทีมและช่วยเหลือกัน และ 3) ต้องการมอบหมายงานพยาบาลที่เท่าเทียมกันทั้งประเภทและจำนวนผู้ป่วย

1.3.2 ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนการปฏิบัติพยาบาล 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ต้องการให้มีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยที่เื่อต่อการปฏิบัติพยาบาล 2) ต้องการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) ต้องการเครื่องช่วยหายใจและเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 4) ต้องการการจัด

อัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงาน และ5) ต้องการขวัญกำลังใจและค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เสนอผลตาม 5 ขั้นตอนพัฒนา ดังนี้

2.1 สร้างความตระหนักในการพัฒนา โดยใช้กลวิธีการนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการมอบหมายงานพยาบาลในปัจจุบัน และการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการเพื่อให้เกิดการสะท้อนคิด ทำให้ได้ข้อตกลงในการพัฒนาร่วมกัน

2.2 สร้างการมีส่วนร่วมพัฒนา โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of participation : TOP) เพื่อเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมแก้ไขหรือพัฒนาร่วมกัน

2.3 สร้างทีมนำการพัฒนา และพัฒนาแนวปฏิบัติการมอบหมายงานพยาบาล โดยใช้การประชุมระดมสมอง จัดอบรมทบทวนความรู้เรื่อง การมอบหมายงานพยาบาลและบทบาทหน้าที่ในทีมการพยาบาล ทบทวนการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ บริหารจัดการเครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นให้เพียงพอ ผลการวิจัยคือ ได้ทีมนำการพัฒนา และมีแนวปฏิบัติของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เกิดขึ้นดังนี้ 1) ระเบียบปฏิบัติการมอบหมายงานพยาบาล 2) คู่มือบทบาทหน้าที่ของทีมการพยาบาล 3) ระเบียบปฏิบัติการจัดอัตรากำลังพยาบาลอายุรกรรม 4) กำหนดพื้นที่ให้บริการในหอผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 พื้นที่ (Zone)

2.4 ผลการใช้รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในหอผู้ป่วยนำร่อง 2 หอผู้ป่วย ในพยาบาลระดับปฏิบัติจำนวน 45 คน ตามกระบวนการพัฒนา เริ่มตั้งแต่ระยะการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ และการดำเนินงานพัฒนาที่ผ่านมา การนำเสนอแผนปฏิบัติการในการพัฒนาในหอผู้ป่วย การรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับแผนปฏิบัติการ การขอความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรม การพัฒนา โดยการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ และการถอดบทเรียน

2.5 ขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยังหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมอื่นอีก 3 หอผู้ป่วย ในกลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการจำนวน 55 คน โดยจัดประชุมทบทวนระเบียบปฏิบัติการมอบหมายงานพยาบาลที่สร้างขึ้น รับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมวิจัยอย่างต่อเนื่อง สร้างระบบพยาบาลที่เลี้ยงในหอผู้ป่วย สนับสนุนการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การปฏิบัติการมอบหมายพยาบาลที่ทดลองใช้

สรุปผลการพัฒนารูปแบบพบว่า 1) การใช้รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลแบบรายกรณีผสมผสานแบบทีมการพยาบาล สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร หัวหน้าทีม และสมาชิกทีมการพยาบาลได้ครบถ้วน 2) ได้ข้อสรุปแผนผังการจัดแบ่งพื้นที่รับผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 พื้นที่ (Zone) ดังนี้ (1) Noninfectious zone (2) Semi ICU Med zone (3) General zone และ(4) Isolation zone

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3.1 ด้านผู้ป่วย : จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นลดลงจากเดิม (0.53%) มีการจัดแบ่งพื้นที่หอผู้ป่วย สภาพแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือที่พร้อมต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยผู้ป่วยมากขึ้น แนวปฏิบัติที่เอื้อต่อปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น

3.2 ด้านพยาบาลวิชาชีพ: ภายหลังจากพัฒนาพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม อยู่ในระดับมาก (16.70%) และในระดับมาก (83.30%) โดยด้านที่มีค่าร้อยละของคำตอบเชิงบวกมากที่สุด คือ พึงพอใจต่อการจัดอัตรากำลังพยาบาล (90.80%)รองลงมาตามลำดับคือพึงพอใจต่อการจัดแบ่งพื้นที่รับผู้ป่วย (89.20%) พึงพอใจต่อรูปแบบมอบหมายงาน (86.40%) ส่วนด้านที่มีค่าร้อยละของคำตอบเชิงบวกน้อยที่สุดคือ พึงพอใจต่อประชุมปรึกษาทางการพยาบาลในทีมหลังการปฏิบัติการพยาบาล (Post conference)ในแต่ละเวร (24.60%) และพึงพอใจต่อการรับส่งเวรโดยใช้รูปแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (35.40%)

3.3 ด้านองค์กร:ได้รูปแบบการมอบหมายงาน พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรม โดยมีปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จคือ 1) การมองเห็นปัญหาร่วมกันและการทำงานเป็นทีม 2) มุ่งสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้นร่วมกัน และ 3) เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

วิจารณ์

การพัฒนา รูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ดครั้งนี้ มุ่งเน้นการทำความเข้าใจ สร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ลงถึงระดับปฏิบัติการ ทำให้การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและยั่งยืน โดยใช่วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ¹⁴ เป็นหลักสำคัญ ในการพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อนำสู่การวางแผนพัฒนาปรับปรุงในวงจรปฏิบัติการต่อไป ซึ่งทุกวงจรปฏิบัติการในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลวิธีหลัก ได้แก่ การนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการดำเนินงานที่ผ่านมา การจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน การร่วมกันลงมือปฏิบัติ ตามแผนที่กำหนด การรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ปรับแผนปฏิบัติการ มีการประเมินผลทุกระยะของการปฏิบัติการ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ¹⁴ การใช้รูปแบบการมอบหมายงาน แบบรายกรณี ปฏิบัติตามแก้ปัญหาลงมือปฏิบัติการของผู้ป่วยแต่ละรายได้เฉพาะครอบคลุมนองคร่วม¹⁸ ข้อด้อยคือเมื่อมีผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจำนวนมาก มีภาระงานมาก พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรมทันเวลาได้ ส่วนรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล แบบทีมการพยาบาลสามารถทำกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยพร้อมกันหลายรายทำให้กิจกรรมพยาบาลแล้วเสร็จทันเวลาและเร็วขึ้นได้¹⁹ ข้อด้อยคือเป็นการทำงานที่มุ่งความสำเร็จของปริมาณงานมากกว่ามุ่งแก้ปัญหาลงมือปฏิบัติการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งทั้งสองรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาล คือ แบบรายกรณีและแบบทีมการพยาบาลมาใช้ พบว่ามีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการ โรงพยาบาลทั้งสองรูปแบบ^{18,19} ดังนั้นรูปแบบการมอบหมายงานพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการศึกษา ครั้งนี้เป็นรูปแบบการมอบหมายงาน

พยาบาลที่ผสมผสานระหว่างแบบรายกรณี และแบบทีมการพยาบาล ร่วมกับการพิจารณามอบหมายงานที่มุ่งเน้น 4 ด้าน คือ สมรรถนะพยาบาล บทบาทหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย ประเภทผู้ป่วยที่ต้องดูแล และการจัดพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยรูปแบบการมอบหมายงานที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้ (92.80%) และพยาบาล ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเท่ากับ (83.20%) สอดคล้องกับการศึกษาของฐิรพร อัครวิศรุตและคณะ² ที่พบว่าการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย ผสมผสานกับการมอบหมายแบบตามหน้าที่ ผลการประเมินการนำรูปแบบปฏิบัติการปฏิบัติ พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยาลดลง และพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Hicks L, Stallmeyer J, Coleman J. Role of the nurse in managed care. Washington, DC: American Nurses Association; 1993.
2. ฐิรพร อัครวิศรุต, สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล, รุ่งรังษิ วิบูลย์ชัย. การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลโสธร วารสารกองการพยาบาล 2557 ; 14(2) : 54-71.
3. Sullivan EJ, Decker PJ. Effective leadership & management in nursing 6th ed. U.S.A: Pearson Education ; 2005.
4. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. ปัญหาพยาบาลไทย 'ขาดแคลน-กลไกรัฐไม่เอื้อดึงพยาบาลอยู่ในระบบ' [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี : มูลนิธิวิจัยพัฒนสาธารณสุขไทย ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2016/04/11994>.
5. เรณู พุกบุญมี วิภคิตาขาดแคลนพยาบาลในไทย [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: มูลนิธิวิจัยพัฒนสาธารณสุขไทย; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2016/04/11994>.
6. Schoener BCH. The effect of the clinical staff assignment model on perceived responsibility, autonomy, team membership, role relationships and job satisfaction 2000.

7. Allen SB. The nurse -patient assignment : purpose, decision factors and steps of the process : Partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in nursing science college of nursing, university of South Carolina, USA 2012.
8. Acar I. A decision model for nurse-to-patient assignment : partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy Western Michigan University, USA 2010
9. Sir MY, Dundar B, Barker Steege LM, Pasupathy KS. Nurse-patient assignment models considering patient acuity metrics and nurses' perceived workload. J Biomed Inform 2015 ; 55 : 237-48
10. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับ ทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ. นนทบุรี ; 2548.
11. Roi-Et Hospital. Nursing Department. Inspact Nurse Program. Roi-Et : Hospital ; 2019. (in Thai)
12. Marram,G. et al. Primary Nursing : A model for Individualized Care. St. Louis : The C.V. Mosby company ; 1974.
13. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล(ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2550.
14. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner Geelong. Deakin University Press ; 1990.
15. ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, พูลสุข หิงคานนท์. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการพยาบาล การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 7. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ; 2549.
16. สถาบันพระปกเกล้า. เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม : วิธีการเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่มขั้นพื้นฐาน โดยการแปลจาก Technology of participation basic group facilitation methods manual for course participation by Gerry Roxas Foundation : TOP ; 2550.
17. วิรัตน์ ปานศิลา. การอบรมโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน. สงขลา : สถาบันพระปกเกล้า ; 2557.
18. จิรภัค สุวรรณเจริญ. ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอดและหลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการโรงพยาบาลชุมพร. กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2545.
19. สิริพร สังคะสุข. ผลการใช้รูปแบบการมอบหมายงานเป็นทีมพยาบาลต่อความรับผิดชอบในวิชาชีพการพยาบาล และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2547.

ผลการใช้การพัฒนาโปรแกรมผู้จัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
ที่รักษาระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองสรวง
Effectiveness of The Case Management Program for
Uncontrolled Diabetic Mellitus in Muangsuang Hospital, Roi-Et

ละอองดาว ชูราชี *

Laongdow Kurasri

Corresponding author: E-mail: ongadow2509@gmail.com

(Received : December 21,2020 ; Revised: December 30, 2020 ; Accepted : January 10, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเมืองสรวง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบแผนการทดลองขั้นต้น (Quasi - experimental design) แบบ One group pre-test post-test design

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลเมืองสรวง จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายไม่ใส่คืน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณี และแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .67 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วม การใช้โปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณี มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.80 คะแนน (95% CI : 4.04, 9.55) ; คะแนนเจตคติต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 10.33 คะแนน (95% CI : 9.08,11.57) และคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 12.19 คะแนน (95% CI: 11.61,20.11) และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงน้อยกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเท่ากับ 53.37 คะแนน (95% CI: 44.30,56.71)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมผู้จัดการรายกรณีฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาระดับน้ำตาลไม่ได้มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมนี้ไปดำเนินการในพื้นที่

คำสำคัญ : ผลการใช้โปรแกรมผู้จัดการรายกรณี; เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเมืองสรวง

ABSTRACT

Purpose : The objective of this quasi-experimental research were to compare the knowledge about diabetes, attitudes, behaviors and blood sugar levels of uncontrolled diabetes mellitus patients in the diabetes clinic, Mueang Suang hospital.

Research design : Quasi-experimental research

Materials and Methods : The research were 60 of samples were consisted of with uncontrolled diabetes mellitus. The experimental group received a case manager development program and the control group received a regular health education program. Data were collected using questionnaires and data sheets. Data were by analyzed using a descriptive statistics and paired t-test.

Main findings : After intervention ; the experiment group had knowledge mean score of diabetes mellitus more than the control group ($p < .001$), with the diabetes mellitus knowledge mean score increased of 6.8 (95% CI : 4.04, 9.55) ; attitude mean score of diabetes mellitus more than the control group ($p < .001$), with the diabetes mellitus attitude mean score increased of 10.3 (95% CI : 9.08, 11.57) ; self care mean score of diabetes mellitus more than the control group ($p < .001$), with the diabetes mellitus self care mean score increased of 12.19 (95% CI : 11.61, 20.11) and glycemic control mean score of diabetes mellitus more than the control group ($p < .001$), with the diabetes mellitus glycemic control mean score decreased of 53.37 (95% CI : 44.30, 56.71).

Conclusion and recommendations : The results of this research indicated that the case manager program result to diabetic mellitus patients who uncontrolled diabetes mellitus patients with knowledge, attitudes and practices in blood sugar control and mean of glycemic control were reduced, so the relevant department should implement this program in the area.

Keywords : Case manager development program ; Uncontrolled diabetes mellitus patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านเศรษฐกิจ เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมายต้องใช้เวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากการดำเนินงานโรคเรื้อรัง ตามแนวทางจรรยาเจ็ดสี¹ ได้แบ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นสี่ต่างๆ ให้เป็นแนวปฏิบัติ จากข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 5 ปี (2555 – 2560) พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เป็น 1 ใน 10 อันดับโรคแรกของโรงพยาบาลเมืองสรวงในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด 904 ราย มีร้อยละการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียง 36.54

ซึ่งหมายถึงว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่ถึงร้อยละ 63.46 ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงและมีความจำเป็นต้องหาแนวทางช่วยให้ผู้ป่วยรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (126 mg%) ให้เร็วและมากที่สุด เพื่อลดอุบัติการณ์และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการป่วย ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างาน เป็นผู้ปฏิบัติในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลได้ศึกษาเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากรบริการและผู้จัดการรายกรณีทั้งนี้ เพื่อเป็นทางเลือกและให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แนวคิดการจัดการรายกรณีและการจัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อน

การจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังสำคัญที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการประสานงาน การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว มีการพิทักษ์สิทธิ์การเจรจาต่อรองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ มีการจัดการเพื่อลดความผันแปรในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย ด้านรายได้ และด้านมูลค่าเพิ่ม และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² พบว่า ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน³ นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน⁴ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมผู้จัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเมืองสรวง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเกณฑ์ปกติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้การพัฒนาโปรแกรมผู้จัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเมืองสรวง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental design) แบบ One group pre-test post-test design

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมาแล้วอย่างน้อย 6 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 184 mg% ขึ้นไป ที่มารับบริการใน

คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมืองสรวง มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารเข้าใจ จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกอย่างเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลเมืองสรวง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2560 – กุมภาพันธ์ 2561 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมาแล้วอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการหาขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling without replacement) จากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิก โดยวิธีเรียงลำดับแบบ 1 : 1 ระหว่างเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาตรวจสอบหาความเที่ยงและความเชื่อมั่นแล้ว แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเพื่อการควบคุมโรคมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .67 แบบวัดเจตคติ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .65 และแบบประเมินการดูแลตนเอง

2. โปรแกรมผู้จัดการรายกรณี ซึ่งสร้างประยุกต์มาจากระบบการจัดการรายกรณี 6 ขั้นตอน⁵ และกรอบแนวคิดของศิริอร สินธุและคณะ⁶ มาปรับปรุงใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการรายกรณีประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพผู้ป่วยและระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) การจัดทำแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การประเมินผล และ 6) การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการและประสานทีมดูแลเฉพาะรายโดยผู้จัดการรายกรณี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีตอบแบบสอบถาม โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในกลุ่มเป้าหมาย

2. กำหนดตารางการเก็บข้อมูลในคลินิกเบาหวานซึ่งจัดบริการสัปดาห์ละ 1 วัน ให้ได้จำนวนเฉลี่ย 10 คนต่อวัน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 2 เดือน จำนวนรวม 60 คนโดยสลับแบบ 1:1 เป็นกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้พบผู้จัดการรายกรณีและกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้พบผู้จัดการรายกรณี ตามลำดับ ไม่เลือกผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้

3. จัดประชุมชี้แจงทีมบริการคลินิก ผู้จัดการรายกรณีเพื่อรับทราบขั้นตอนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมและแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

4. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยเก็บข้อมูล จำนวน 1 คน โดยการทำความเข้าใจในเรื่อง ข้อคำถามและความเข้าใจของแบบสอบถาม การแปลความหมายคำตอบของกลุ่มตัวอย่างโดยทำความเข้าใจที่ตรงกัน

5. ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างในระยะเวลาที่กำหนด ลงทะเบียนการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยแยกเป็นรายชื่อเป็น 2 กลุ่มเพื่อการติดตามผล สร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวและชี้แจงการศึกษาวิจัย ให้โอกาสสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จัดสถานที่และอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ตอบแบบสอบถามเป็นสัดส่วนเฉพาะ อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามรวมทั้งเปิดโอกาสให้ถามก่อนตอบแบบสอบถาม จัดลำดับให้กลุ่มทดลองได้เข้าพบผู้จัดการรายกรณี ติดตามผลการให้ดำเนินการจนเมื่อเสร็จสิ้นในระยะเวลาที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว

ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (61.70%) อายุระหว่าง 61-65 ปี (26.70%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (71.70%) และจบการศึกษาประถมศึกษา (60.00%) และ 2) หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วมการใช้โปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณี มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.80 คะแนน (95% CI: 4.04, 9.55) ; ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วมการใช้โปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณี มีคะแนนเจตคติต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเจตคติต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเท่ากับ 10.33 คะแนน (95% CI : 9.08, 11.57) และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วมการใช้โปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณี มีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 17.36 คะแนน (95% CI : 14.61,20.11) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ การดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พบผู้จัดการรายกรณีและพบผู้จัดการรายกรณี

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
คะแนนเฉลี่ยความรู้				
ไม่พบผู้จัดการรายกรณี	30	13.30(1.74)	6.80(4.04,9.55)	<.001
พบผู้จัดการรายกรณี	30	20.10(7.10)		
คะแนนเฉลี่ยเจตคติ				
ไม่พบผู้จัดการรายกรณี	30	32.73(2.33)	10.3(9.08, 11.57)	<.001
พบผู้จัดการรายกรณี	30	43.06(2.47)		
คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง				
ไม่พบผู้จัดการรายกรณี	30	30.80(6.01)	12.19(11.61, 20.11)	<.001
พบผู้จัดการรายกรณี	30	48.16(4.48)		
คะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด				
ไม่พบผู้จัดการรายกรณี	30	228.60(36.20)	53.37(44.30,56.71)	<.001
พบผู้จัดการรายกรณี	30	171.23(53.83)		

สรุปผลการวิจัย

1. หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วมการใช้โปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณี มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.80 คะแนน (95% CI : 4.04, 9.55)

2. หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วมการใช้โปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณี มีคะแนนเจตคติต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนเจตคติต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเท่ากับ 10.33 คะแนน (95% CI : 9.08, 11.57) และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วมการใช้โปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณีมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีคะแนนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 17.36 คะแนน (95% CI : 14.61, 20.11) และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าร่วมการใช้โปรแกรมพบผู้จัดการรายกรณีมีระดับน้ำตาล

ในเลือดลดลงน้อยกว่าก่อนการพัฒนา ($p<.001$) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเท่ากับ 53.37 คะแนน (95% CI : 44.30, 56.71)

วิจารณ์

หลังพบผู้จัดการรายกรณีของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษา ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะเห็นว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในด้านความรู้ เจตคติและการดูแลตนเอง จึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่มดดูแลทั้งในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเมืองสรวง ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายอำเภอเมืองสรวงทุกคน ได้ปฏิบัติตามบทบาทผู้จัดการรายกรณีโดยใช้โปรแกรมจัดการรายกรณีเป็นเครื่องมืออย่างง่ายอย่างเต็มความสามารถและขยายผลไปยังเครือข่ายในพื้นที่ต่อไป ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เข้าถึงบริการการดูแลตนเองได้มากขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรักษา ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นเมื่อได้พบผู้จัดการรายกรณี จึงควรผลักดันกิจกรรมการพบผู้จัดการรายกรณีให้มากขึ้น โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้จัดการรายกรณีได้จัดบริการ แก่ผู้ป่วยเบาหวานได้ตามกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการประเมินผลเป็นระยะ ทั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยให้สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบอื่นสำหรับเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานและลดภาวะแทรกซ้อนลง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากอาจารย์ ดร.นายแพทย์ พิทักษ์พงศ์ พายูหะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวง และ ดร.ดวงเดือน ศรีมาตี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเมืองสรวงที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและตรวจ แก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อให้รายงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเมืองสรวงทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย : นโยบาย สู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2556.
2. ปัฐยาวัชร ปราบกมล. การศึกษาสมรรถนะและทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560 ; 28(1) : 14-25.
3. อุษา นักเทศ. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่รับไว้ในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์]. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2555.
4. อนุชา คงสมกัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลรามาริบัติ. วารสารสุขศึกษา 2555 ; 35 (120) : 62-73.
5. ยูวดี เกตสัมพันธ์. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tmchnetwork.com/sites/default/files/Case%20management.pdf>
6. ศิริอร สีนุ. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. ใน : ศิริอร สีนุ, พิเชต วงรอด, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์ ; 2557.

ผลการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ ที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

The Effective of Based Empowerment an Activities Happiness School On Self care of the Elderly

กมนนัทธ์ สารกุล*

Kamonnut Saragul

Corresponding author: E-mail: Saragul_ Kamo@hotmail.co.th

(Received: December 21, 2020 ; Revised: December 30, 2020 ; Accepted : January 10, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ออกแบบการวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Non-Equivalent Groups)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละมั่งอี่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 45 คน รวม 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจและแผนการจัดกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบวัดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบ (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.64 คะแนน (95%CI : 8.54, 10.74) และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.37 คะแนน (95%CI : 1.13, 1.61)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : โรงเรียนเพิ่มสุข ; การเสริมพลังอำนาจ ; การดูแลสุขภาพตนเอง ; ผู้สูงอายุ

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ABSTRACT

Objectives : To effective of based empowerment an activities happiness school on self care of the elderly.

Research design : Quasi-Experimental Research.

Materials and methods : 90 of samples were elderly in Ma-Ue sub district, Health Promoting Hospital who met the inclusion criteria and exclusion criteria, divided into a experimental group and a comparison group, each group of 45 participants. The research tools were the school program to happiness school based on empowerment concept and activity plan. Data were collected using a self-care knowledge test, and a skill measurement form for self-care. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation, and the difference was compared with t-test at the statistical significance level of .05

Main findings : After intervention, it was found that the elderly in the experimental group had a higher overall knowledge mean score of self-care compared to the comparison group ($p < .001$) with an increase in the mean score on overall self-care knowledge, equal to 9.64 (95% CI; 8.54, 10.74), and the elderly in the experimental group had more overall self-care skills mean scores compared to the comparison group ($p < .001$) with an increase in the mean score on overall self-care skills, equal to 1.37 (95% CI ; 1.13)

Conclusion and recommendations : The results of this study indicated that the organization of school activities increased happiness and sent the target group knowledge, and increased self-health care skills

Keywords : Activities happiness school ; Based Empowerment ; Self care ; Elderly

บทนำ

“ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” และนับเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญที่สังคมพึงให้ความสำคัญคุ้มครองด้วยการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคม และด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อความก้าวหน้าและความเจริญทัดเทียมกับชาติตะวันตก ซึ่งผลของความเจริญก้าวหน้าต่างๆ เหล่านี้โดยเฉพาะทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้เกิดการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ช่วยรักษาโรคร้ายแรง หรือโรคอื่นๆ ที่คร่าชีวิตของประชาชนในสังคม ตลอดระยะเวลา 100 ปีที่ผ่านมา

มานั้นประชากรในสังคมไทยจึงมีอายุยืนยาวมากขึ้น เพราะมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นเป็นอย่างมาก โดยที่ปัจจุบันอายุเฉลี่ยของประชากร¹ ดังรายงานสถิติด้านประชากรของประเทศไทย พบว่า เพศชายเฉลี่ยอยู่ที่ 71.3 ปี ขณะที่เพศหญิงเฉลี่ยอยู่ที่ 78.2 ปี เมื่อประชากรในสังคมมีอายุยืนยาวขึ้นก็ส่งผลให้สัดส่วนโครงสร้างประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตที่ลดลง ในขณะที่นโยบายในการวางแผนครอบครัวก็ได้เกิดขึ้นเช่นกัน การรณรงค์ให้ประชากรในสังคมมีการวางแผนครอบครัวก่อนที่จะมีบุตร ส่งผลให้ประชากรในสังคมปัจจุบันมีบุตรน้อยลงเฉลี่ยต่อครอบครัวอยู่ที่ประมาณ 1-2 คน มีอีกจำนวนหนึ่งที่แต่งงานและไม่มีบุตร²

เช่นเดียวกับปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่กำลังเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ (Aging Society)

ดังเช่นจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในปี พ.ศ.2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็น (6.80%) ของประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ.2545 และปี พ.ศ.2550 เพิ่มขึ้นเป็น (9.40%) และ (10.70%) ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็น (12.25%) และเพิ่มขึ้นเป็น (14.90%) ในปี พ.ศ.2557 มีการประมาณการว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น (15.00%) ของประชากรทั้งหมดหรือ 11 ล้านคน³ จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาตามมา โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและอาจนำไปสู่ความพิการได้

ในทำนองเดียวกันสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดในปี พ.ศ.2562 พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากรทั้งหมด 1,307,911 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 208,229 คน คิดเป็น(15.92%) ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ ณ 31 ธันวาคม 2560) จากการตรวจประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2562 มีผู้สูงอายุได้รับการตรวจประเมินคัดกรองสมรรถภาพในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ADL) ทั้งหมดจำนวน 183,272 คน (93.81 %) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (Healthy Ageing, ADL 12 - 20 คะแนน) จำนวน 177,880 คน (97.06 %) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (ADL 0-11 คะแนน) จำนวน 5,392 คน (2.94%) เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลมะขามี่ มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,014 คน จำแนกเป็น อายุ 60 - 69 ปี 556 คน อายุ 70 -79 ปี 329 คนอายุ 80 - 89 ปี 114 คน อายุ 90 ปี ขึ้นไป 15 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ติดเตียง 5 คน ผู้ป่วยสูงอายุ ติดบ้าน 21 คน และผู้สูงอายุติดสังคม 988 คน⁴

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ และพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการต้องเผชิญกับปัญหาหลายๆ ด้าน เช่น สุขภาพเสื่อมโทรม การขาดที่พักพิง ความกลัว ภาวะซึมเศร้า ความชราภาพ ความเหงา ความเบื่อหน่าย รวมถึงการขาดความสามารถทางการเงิน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดที่ผู้สูงอายุเผชิญในปัจจุบัน ความมั่นคงของสุขภาพกายและสุขภาพจิต

เป็นข้อกังวลหลักที่โดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องเผชิญสุขภาพเสื่อมโทรม ทั้งนี้เพราะร่างกายมนุษย์เป็นระบบที่เสื่อมสภาพด้วยการใช้งานที่ยาวนาน และอาจทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นหากถูกทอดทิ้ง การแก่ชราทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น การสูญเสียความจำ การไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะ และการมองเห็นไม่ดี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นความผิดปกติที่สำคัญที่อาจทำให้คนสูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพราะขาดความรู้และทักษะการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงได้ร่วมกันพัฒนาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในโรงเรียนเพิ่มสุข เช่น กิจกรรมสร้างเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมสร้างเสริมการรับประทานอาหาร การสร้างเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดและปรับอารมณ์ตามวัย และความรู้เกี่ยวกับยาและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังการศึกษาซึ่งพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น⁵ ; กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่และสุรา หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง⁶ และค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพก่อน และหลังมีความแตกต่างกัน⁷ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และการป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁸ และสอดคล้องกับการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลรอบครัว ชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ บทบาทของผู้สูงอายุและบุคลากรสาธารณสุขในการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมพลังใจให้บุคคลรอบครัว ชุมชน ตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของสุขภาพ หันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่เพียงแต่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย แต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วย บุคลากรสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับ

ผู้รับบริการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง โดยที่พยาบาลคอยช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น^{9,10,11,12,13}

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและผลของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุข ตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้ยาวนานที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตาม

แนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเอื้ออำเภอร้อยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ออกแบบการวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Non-Equivalent Groups) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดกิจกรรมตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมปกติตามเดิม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกชุดเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามแผนการวิจัย ดังต่อไปนี้

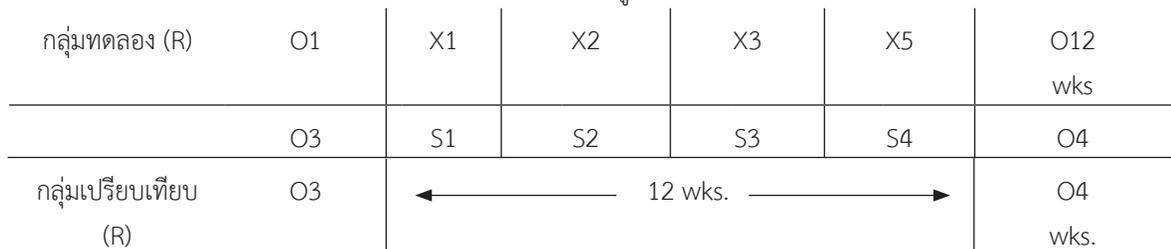
กลุ่มทดลอง O1 _____ X _____ O2
กลุ่มเปรียบเทียบ O3 _____ O4

โดยกำหนดให้

O1, O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O3, O4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X หมายถึง กิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น



ภาพประกอบที่ 1.1 แผนการทดลอง

O1, O3 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยแบบสัมภาษณ์

O2, O4 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลภายหลัง การทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทางไป อีก 2 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยแบบ สัมภาษณ์

X1 - X5 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขภาพที่จัดขึ้น โดยผู้วิจัย เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบกิจกรรม ครั้งที่ 1 กิจกรรมสร้างเสริมการออกกำลังกาย ครั้งที่ 2 กิจกรรมสร้างเสริมการรับประทานอาหาร ครั้งที่ 3 การสร้างเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ครั้งที่ 4 กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดและปรับอารมณ์ตามวัย และครั้งที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับยาและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ประชากรศึกษา (Study populations) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะฮี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกประชากรศึกษา โดยเริ่มจากผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งหมด 1,131 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเข้าคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อายุตั้งแต่ 60-70 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีสติสัมปชัญญะ การรับรู้ดี มีความสามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมได้ ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น ข้อไหล่ ข้อมือ ข้อเข่า ข้อเท้า และข้อกระดูกสันหลัง อ่านออก เขียนได้ และยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ น้อยกว่า (80.00 %) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติหรือเสียชีวิต ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ย้ายถิ่น ที่อยู่ ขณะทำการวิจัยและผู้ป่วยบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) วิธีการสุ่มตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มีมารับบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลธวัชบุรี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

1) การคำนวณขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ

(Power analysis) ของโพลิตและเบคค์ (Polit & Beck)¹⁴ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ โปรแกรมการฝึกความจำในผู้สูงอายุ โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเองและการทำงาน เป็นกลุ่ม (Hastings & West)¹⁵ ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม 86 ราย และกลุ่มทดลอง 99 ราย เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากันจึงเลือกใช้สถิติทีแบบ k ไม่เท่ากันหรือความแปรปรวนไม่เท่ากันโดยการคำนวณขนาดอิทธิพลได้ค่าเท่ากับ .83 เมื่อเปิดตารางของโพลิตและเบคค์ (Polit & Beck)¹⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย

2) การปรับขนาดตัวอย่างในกรณีมีผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (Drop out) เพื่อให้การสรุปผลการศึกษาไม่มีผลโดยตรงต่อ Statistical precision หรือ Power ที่กำหนดไว้ ถ้ามีผู้ที่เป็นตัวอย่างบางส่วนตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม จึงมีการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษา¹⁷

$$\text{สูตรการคำนวณ } n_{\text{adj}} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการตกสำรวจ หรือสัดส่วนการสูญหาย (Drop out) เท่ากับ 25%

3) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) กลุ่มละ 45 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน

4) การสุ่มเลือกตัวอย่างที่ทำการศึกษา สุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการสุ่ม (Randomization) คือ ผู้สูงอายุในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะฮี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน

5) ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรในการวิจัย 1) ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ การจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูง

อายุ และแผนการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิด การเสริมพลังอำนาจ และ2) ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ และสถานภาพสมรส

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาจากงานวิจัยของ วิจินดา พวงสอาด¹⁸ ที่ได้ผลของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 2 ตัวเลือก คือ ถูกกับผิด ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป จำนวน 10 ข้อ การดูแลสุขภาพตนเองตามวัย จำนวน 10 ข้อ และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ โดยแบบทดสอบแบบปรนัย ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบนี้ในแต่ละข้อจะมีคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล โดยให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ผู้ตอบที่ตอบคำถามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด หรือไม่ได้ตอบได้ 0 คะแนน แบบทดสอบฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson) จากสูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

ตอนที่ 3 แบบวัดทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแบบวัดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาจากงานวิจัยของวิจินดา พวงสอาด¹⁸ ที่ได้ผลของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม โดยแบ่งการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ด้าน คือ ทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง โดยทั่วไป ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามวัย ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Likert's

Scale Type) 5 ระดับ แบบวัดฉบับนี้มี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .85 เพื่อตรวจสอบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละข้อ มากน้อยเพียงใด โดยมีความหมาย ดังนี้

พฤติกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำให้ 5 คะแนน

พฤติกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน

พฤติกรรมตามข้อความนั้นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน

พฤติกรรมตามข้อความนั้นน้อย ให้ 2 คะแนน

พฤติกรรมตามข้อความนั้นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) การจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะอี และ (2) แผนการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้แผนกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการทดลองโดยใช้ กิจกรรมโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นก่อนการทดลอง 1) ติดต่อขอความอนุเคราะห์กับชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะอี เพื่อขอเข้าสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความต้องการการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) ขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะอี เพื่อขอใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรม และ 3) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้ และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Pre-test)

ขั้นทดลอง ดำเนินการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลอง 1) กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-80 ปี ของชมรมผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะอี จำนวน 45 คน 2) ดำเนินการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 34 ชั่วโมง และ 3) หลังจากการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุข

ตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจเสริมจูงใจผู้วิจัยได้ทำการ แจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองให้กับกลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน กลับไปทำกิจกรรมต่อที่บ้าน เป็นระยะเวลา 30 ชั่วโมง และให้นำกลับมาคืนเพื่อคำนวณระยะเวลาในการจัด กิจกรรม ในวันที่นัดพบเพื่อทำแบบประเมินผลหลังการ ทดลอง

กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-80 ปี ของชมรมผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมะฮี จำนวน 45 คน หลังจากผู้วิจัยนำ แบบสัมภาษณ์ความรู้ และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม กิจกรรม (Pre-test) แล้วการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ และนัดพบเพื่อทำแบบประเมินผลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป มีแนวทางดังนี้

1. นำคะแนนจากแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกเป็นตอนที่ 1 ลักษณะทาง ประชากรวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้และแบบ วัดทักษะการดูแลสุขภาพตนเองวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนหลัง การทดลองจากแบบทดสอบความรู้และแบบวัดทักษะการ ดูแลสุขภาพตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที่ (Independent t-test) ที่ ระดับนัยสำคัญ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจาก การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ รวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจง ให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใน ด้านต่างๆ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บ เป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำข้อมูลไป อภิปรายหรือเผยแพร่ทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ในช่วงระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่ม ตัวอย่างสามารถบอกเลิกทันทีโดยไม่มีผลต่อการให้บริการ แต่อย่างไรก็ตาม และผู้วิจัยปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อ ร่างกายหรือจิตใจของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ กลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้กลุ่มตัวอย่างลง ลายมือชื่อหรือยินยอมด้วยวาจาในการเข้าร่วมวิจัยด้วย

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ประสงค์ ของการวิจัย ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็น ชาย (55.60%) สถานภาพสมรสคู่ (44.40%) และอายุเฉลี่ย 68 ปี อายุตั้งแต่ 60-65 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะ ทางประชากรใกล้เคียงกันกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (55.60%) สถานภาพสมรสคู่ (55.60%) อายุ เฉลี่ย 67.8 ปี อายุตั้งแต่ 60-65 ปี (40.00%) ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
		n (%)	n(%)
เพศ	ชาย	25(55.60)	25(55.60)
	หญิง	20(44.40)	20(44.40)
สถานภาพสมรส	โสด	11(24.40)	12(26.70)
	คู่	20(44.40)	25(55.60)
	หม้าย/หย่า/แยก	14(31.10)	8(17.60)
อายุ (ปี)	60-65 ปี	17(37.80)	18(40.00)
	66-70 ปี	16(35.60)	15(33.30)
	71-75 ปี	6(13.30)	7(15.60)
	76-80 ปี	6(13.30)	5(11.10)
	Mean (SD.)	68.00(5.65)	67.80(5.73)

2) หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.64 คะแนน (95%CI : 8.54, 10.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไปมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.77 คะแนน (95%CI : 2.09,

3.46) ; ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามวัย มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามวัยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.06 คะแนน (95%CI : 3.34, 4.78) และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย เพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.80 คะแนน (95%CI : 2.16, 3.46) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean (SD.)	Mean diff. (95% CI)	p
การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป				
กลุ่มทดลอง	45	7.62 (1.74)	2.77(2.09, 3.46)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	4.64 (1.52)		
การดูแลสุขภาพตามวัย				
กลุ่มทดลอง	45	9.75 (1.77)	4.06 (3.34, 4.78)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	5.68 (1.64)		
การดูแลสุขภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย				
กลุ่มทดลอง	45	6.68 (1.50)	2.80 (2.16, 3.46)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	3.89 (1.67)		
โดยรวม				
กลุ่มทดลอง	45	24.06(3.49)	9.64 (8.54,10.74)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	14.42(2.02)		

หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.37 คะแนน (95%CI : 1.13, 1.61)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไปมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.58 คะแนน (95%CI :

1.30, 1.86) ; ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลสุขภาพตามวัย มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพตามวัย เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.16 คะแนน (95%CI : 0.79, 1.52) และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.95 คะแนน (95%CI : 0.53, 1.37) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff. (95% CI)	p
การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป				
กลุ่มทดลอง	45	4.01 (0.43)	1.58 (1.30, 1.86)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.42 (0.83)		
การดูแลสุขภาพตามวัย				
กลุ่มทดลอง	45	3.92 (0.67)	1.16 (0.79, 1.52)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.70 (1.01)		
การดูแลสุขภาพเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย				
กลุ่มทดลอง	45	3.92 (0.61)	0.95 (0.53, 1.37)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.97 (1.27)		
โดยรวม				
กลุ่มทดลอง	45	3.98(0.39)	1.37(1.13, 1.61)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	2.60(0.71)		

วิจารณ์

หลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ที่ได้เข้าร่วมจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของผู้สูงอายุประกอบกิจกรรม 5 ครั้ง คือ กิจกรรมสร้างเสริมการออกกำลังกาย กิจกรรมสร้างเสริมการรับประทานอาหาร การสร้างเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด และปรับอารมณ์ตามวัย ความรู้เกี่ยวกับยาและการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยตามโปรแกรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.64 คะแนน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มทดลอง

มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น⁵; กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่และสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง⁶ และค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (Mean = 24.48) และทดสอบค่าที่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพก่อน และหลังมีความแตกต่างกัน⁷

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การรับประทานอาหารของตนเองที่รับประทานเข้าไปในแต่ละวันนั้นเป็นอย่างไร มีประโยชน์หรือโทษต่อสุขภาพ และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่อย่างถูกต้อง หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ปริมาณและคุณค่าของอาหาร ตัวอย่างเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทาน หลักการออกกำลัง

กาย วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน ครั้งละ 30 นาที การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เพื่อควบคุมอารมณ์ โหมหรือหลีกเลี่ยงจากภาวะเศร้า โกรธ กลัว หรือกังวลโดยการพบปะพูดคุยกับเพื่อนหรือผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ของชุมชน การนั่งสมาธิโหษของการสูบบุหรี่ การควบคุมตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ โหษของการดื่มสุราตั้งนั้นจึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.64 คะแนน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหลังจากที่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองไปรณรงค์การจัดการกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.37 คะแนน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยง ในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยใหญ่และชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเสร่ จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ¹⁹ ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม²⁰ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม²¹ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และการป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁸

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมโรงเรียนเพิ่มสุขครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตาม

แนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของ Gibson²² ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถพัฒนาขีดความสามารถของผู้สูงอายุให้มีความมีความพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย ซึ่งกระบวนการจะสามารถบรรลุได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม และตัววิทยากรด้วย

นอกจากนี้ยังให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนากิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวของ Orem²³ ซึ่งแบ่งกิจกรรมดูแลตนเองออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย เช่น การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งทุกคนจะต้องปรับความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการนี้เกี่ยวกับกระบวนการของชีวิต ในการรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองโดยทั่วไป มีดังนี้คือการดูแลให้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ เพื่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และการทำงานของอวัยวะต่างๆ เป็นไปตามปกติ ดูแลการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ตามปกติ มีความสมดุลระหว่างการออกกำลังกายและการพักผ่อน มีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการปฏิสัมพันธ์กับสังคม และป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อชีวิต

การดูแลตนเองตามวัย เป็นการดูแลตนเองตามวัยของตน โดยการดูแลตนเองตามพัฒนาการตามวัย มี 2 ประเภท คือ ประเภทแรกคือ การสร้างและการดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิตเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิต และการส่งเสริมการพัฒนาการตามขั้นตอนต่างๆ ให้ดำเนินไปอย่างปกติ เช่น มีแบบแผนในการรับประทานอาหาร ขับถ่าย เป็นต้น ประเภทที่สอง คือ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่างๆ ของมนุษย์รวมทั้งการลดความรุนแรงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเกิดปัญหาการปรับตัวในสังคม ปัญหาความยากจน ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคม เป็นต้น และการดูแล

ตนเองในภาวะเจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือความพิการต่างๆ เช่น การแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตั้งใจและสนใจติดตามการรักษาสนใจและสังเกตสิ่งที่ผิดปกติในร่างกาย การปรับอ้อมโนทัศน์และการยอมรับสภาวะของโรค ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำ และจำเป็นต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง ดังนั้น จึงส่งผลให้หลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.37 คะแนน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมที่ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจจะต้องเน้นกระบวนการจัดกิจกรรมบนความเชื่อพื้นฐานหรือความเชื่อมั่นในตนเองเป็นเรื่องของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบด้วยตนเอง โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นเพียงผู้ประสานงาน และสนับสนุนให้บุคคลสะท้อนการแก้ไขปัญหา โดยใช้ประสบการณ์ที่ตนผ่านมา
2. จากการจัดกิจกรรมตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการจัดกิจกรรมที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยการสร้างพลังในตัวบุคคลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Changed) ด้านความรู้ ทักษะทัศนคติ และความรู้สึกในตัวบุคคล
3. หากพบว่กิจกรรมใดมีความยากต่อการเข้าใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้จัดกิจกรรมจะต้องอธิบายรายละเอียดและสาธิตตัวอย่างให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจ หรือบางครั้งต้องเพิ่มกิจกรรมที่กลุ่มเป้าหมายทำได้และเหมาะสมกับบริบท
4. กิจกรรมที่จัดให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นผู้สูงอายุต้องเน้นการลงมือปฏิบัติ และการทำกิจกรรมกลุ่มจะต้องไม่เน้นการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว เพราะจะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการเบื่อหน่ายได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งเสริมสนับสนุน ตลอดจนอุปสรรคต่างๆ ที่มีต่อการจัดกิจกรรมเพื่อนำมาพัฒนากิจกรรมให้มีความทันสมัยตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
2. ควรมีการติดตามผลของการจัดกิจกรรมตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไปอีกในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อจะได้ทราบถึงว่าความรู้ ทักษะ ทัศนคติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีทิศทางเป็นอย่างไร และได้ทราบถึงข้อเสนอแนะที่เห็นควรว่าจะต้องปรับปรุงกิจกรรมให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการเปรียบเทียบการจัดกิจกรรมกับการใช้แนวคิดอื่น ซึ่งนอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจเพื่อเป็นการพัฒนากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กิติพัฒน์ นนทปัทมเดชุศล. การวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม : แนวคิดและวิธีวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554.
2. กิติพัฒน์ นนทปัทมเดชุศล. การใช้ Genogram/Family Tree ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. เอกสารคำสอนวิชา สค.223 หลักและวิธีการสังคมสงเคราะห์ 1. ภาค 2/2555 หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555.
3. National Statistical Office Ministry of Information and Communication Technology. The 2014 Survey of the older persons in Thailand. Bangkok : Text and Journal Publication Co., Ltd ; 2014.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเอี. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ พ.ศ.2562. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด, 2562.
5. ไพโรจน์ มะกล้าดำ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร. 10(1) : มกราคม - มิถุนายน 2558 ; 20-39.

6. รุจิราจรี วรณธนาทัศน. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 12 (1) : ธันวาคม 2559-มกราคม 2560 : 17- 29.
7. วลัยนารี พรหมลาและจีระวรรณ อุคคกิมพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก. 4(2) : กรกฎาคม- ธันวาคม 2561 ; 59-67.
8. ธนพงษ์ เทคนิยม, นิภา มหารัชพงษ์, บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์ และศศิธร สุกกิม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารกรมการแพทย์. 44(4): กรกฎาคม - สิงหาคม 2562 ; 90-95.
9. กุณนที พุ่มสงวน. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 15 (3): กันยายน- ธันวาคม 2557; 86-90.
10. Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 : 354-361.
11. Ellis-Stoll, C., & Popkess-Vawter, S. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 21(2) : 62-68
12. Kieffer, C. Citizen empowerment : a developmental perspective. In (eds.) J. Rappaport, C. Swift and R. Hess. *Studies in empowerment : Steps toward understanding and action*. Binghamton : The Haworth Press., 1984.
13. Kanter, R. M. *Frontiers of management*. United States of American : A Harvard Business Review Book, 1997.
14. Polit, D. F., & Beck, C. T. *Essentials of nursing research : Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, 2014.
15. Hastings, E. C., & West, R. L. (2009). The relative success of a self-help and a group-based memory training program for older adults. *Psychology and Aging*, 24(3), 586-594.
16. Polit, D.F. and Beck, C.T. *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Edition, Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2008.
17. อรุณ จิรวัดน์กุล. การเลือกตัวอย่าง และการอนุมานด้วยสถิติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 14 (5) : กันยายน-ตุลาคม 2548 ; 739-740.
18. วิจินดา พวงสอาด. ผลของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบโรงเรียน ภาควิชาการศึกษาตลอดชีวิตคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
19. วาสนา มากผาสุก. ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
20. รัตติกาล พรหมพาทกุล, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และกิริดา ไกรนุวัตร. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 38(2) : April - June 2020; 32-45.
21. เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และอนงค์นาฏ คงประชา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารของคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 2(1) : มกราคม - เมษายน 2560 : 24-34.
22. Gibson, C. H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 1995.

23. Orem, D. E. Nursing : Concepts of practice (4th ed.). St. Louis, MO : C. V. Mosby, 1991.

ผลของโปรแกรมการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Effects of an Anxiety Reduction Program in Patients Cataract Surgery in Roi - Et Hospital

เกษรา ทวีแสง*

Kesara Thaweasang

Corresponding author : E-mail : kesara.tave@gmail.com

(Received : December 21,2020 ; Revised : December 30, 2020 ; Accepted : January 10, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ต้อกระจก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย : รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) ศึกษาในผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกตา กลุ่มละ 32 คน ที่พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วย หู คอ ตา จมูก และหอผู้ป่วยเบญจสิริ 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t - test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t- test ($p < .001$)

ผลการศึกษา : กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และเพศหญิง (50.00%) อายุเฉลี่ย 69.75 (SD. = 8.57) สถานสมรสคู่ (56.20%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (78.20%) อาชีพเกษตรกร (81.30%) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.50%) อายุเฉลี่ย 65.71 (SD. = 10.52) สถานสมรสคู่ (62.60%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (75.00%) อาชีพเกษตรกร (84.40%) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 26.78 คะแนนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.06 คะแนนและผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ (Paired t-test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 19.06 กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 22.25 คะแนนผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ (Independent t-test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผลการศึกษา : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจึงควรนำไปใช้เพื่อพัฒนางาน

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล; ต้อกระจก ; การผ่าตัดต้อกระจก

ABSTRACT

Objective : To study the effects of an anxiety reduction program in patients cataract surgery. In Roi Et Hospital.

Research design : Quasi – experimental research (Two group pretest posttest design).

Methods : This study was studied in 32 patients preparing before cataract surgery. Rest for treatment at the ENT and Benjasiri Ward. Roi Et Hospital. The statistical analyses were used descriptive statistics and Data were analyzed to compare anxiety within the groups using Pair t - test statistics and compared between groups using Independent t- test. (p-value <.001).

Results : The majority of the experimental group were male and female (50.00%), mean age 69.75 (SD. = 8.57), marital status was couple (56.20%), primary education (78.20%), farmers occupation (81.30%), The majority of the control group were female, (62.50%), mean age 65.71 (SD. = 10.52), marital status was couple (62.60%) primary education (75.00%), farmers occupation (84.40%), anxiety among patients cataract surgery of the experimental group. Before the experiment there was a mean score 26.78, after the experiment had a mean score 19.06, and the results were compared with mean score. Before and after receiving the program with statistics Pair t – test, there was a statistically significant difference (p<.001). The anxiety of the patient who has cataract surgery. Between the experimental and control groups, After the experiment, the experimental group had an anxiety mean score 19.06, and the control group had an anxiety mean score 22.25. The results were compared with statistics Independent t–test found to be statistically significant difference (p<.001).

Conclusion : Anxiety comparison among patients cataract surgery Between the experimental and control groups, there was a statistically significant difference.

Keywords : Anxiety ; cataract ; cataract surgery.

บทนำ

ต่อกระຈกเป็นโรคที่ทำให้เกิดตาบอดที่พบบมากที่สุดในโลกและในประเทศไทย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด โดยเฉพาะระยะก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด สาเหตุความวิตกกังวลและความเครียดเกิดจากความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัด กลัวสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะของร่างกายบุคคลเหล่านั้น จะมีการปรับตัวการแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด ดังนั้นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและญาติเพราะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างถูกต้องทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง การให้ข้อมูลที่หน่วยตรวจโรคจักษุปัจจุบันเป็นหน้าที่ที่พยาบาลที่นัดผ่าตัดที่มีภาระงานในการนัดผ่าตัดมาก ติดตามผลการตรวจต่างๆ และติดต่อประสานงานเกี่ยวกับกรงด เลื่อนนัดผ่าตัดจากภาระงานที่มาก ทำให้การให้ข้อมูลที่หน่วยตรวจโรคจักษุให้เฉพาะเรื่องที่เจ้าหน้าที่คิดว่าผู้ป่วยควรรู้ไม่มีการสำรวจ ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ดังนั้นปัจจุบันมีผู้ป่วยโทรศัพท์กลับมาสอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในแต่ละวัน ในบางรายกลับมาตรวจก่อนการผ่าตัดเพราะมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดและในบางรายหลังผ่าตัดต้องกลับมาตรวจก่อนนัด เพราะกลัวว่าตาบอดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ดังนั้นความวิตกกังวล ความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาแบบและเนื้อหาข้อมูลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด หวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเผชิญกับสถานการณ์และลดความวิตกกังวลและความเครียด¹

องค์การอนามัยโลกประมาณการณว่ามีประชากรตาบอดทั่วโลกประมาณ 37 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ต่อกระຈกจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดคิดเป็นร้อยละ 47.8 ของคนที่ตาบอด ร้อยละ 80

ของคนที่ตาบอดจะพบในประเทศที่กำลังพัฒนา² โรงพยาบาลศิริราชแผนกจักษุพบว่าผู้ป่วยต่อกระຈกที่มาใช้บริการผ่าตัดจำนวนมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ.2552-2554 มีจำนวน 2,595 ราย ชาย 2,768 ราย และหญิง 2,769 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.42, 40.87 และ 44.27 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดทั้งหมดตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกต่อกระຈกเกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมตามอายุ สามารถรักษาให้หายด้วยการผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งการผ่าตัด ต่อกระຈก คือการเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่ได้ผลดีถึงร้อยละ 99.45 ปัจจุบันการผ่าตัดต่อกระຈกแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพราะเทคนิคการผ่าตัดที่ทันสมัยช่วยลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล รวมทั้งลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลในการผ่าตัดน้อยกว่าการนอนรักษาในโรงพยาบาล เป็นการลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการผ่าตัดต่อกระຈกแบบผู้ป่วยนอกจำเป็นต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี โดยมีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมกระบวนการดูแลทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย³

กระทรวงสาธารณสุข เผยผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยด้วยโรคต่อกระຈกปีละ 65,000 คน สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดเกิดจากโรคต่อกระຈก พบมากในผู้สูงอายุร้อยละ 51.00 และคาดการณ์จำนวนคนที่ตาบอดจากต่อกระຈกตกค้างอยู่ประมาณ 98,000 คนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และผลสำรวจของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ ปีพ.ศ.2556 พบว่า ผู้สูงอายุที่ตาบอดจากต่อกระຈกยังคงตกค้างอีกประมาณ 65,000 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ตาบอดถาวรได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำโครงการ “ขจัดตาบอดและสายตาเลือนรางจากต่อกระຈกปี 2560 เพื่อให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม นำสู่การมีสุขภาพตาดี (VISION 2020 thailand)” ตามเป้าหมายองค์การอนามัยโลกคือลดความชุกภาวะตาบอดให้เหลือร้อยละ 0.30 ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรวดเร็ว มีมาตรฐาน คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่างานวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล

ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกในประเทศไทยยังมีน้อย และยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมาก่อน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการลดความวิตกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้ และสามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูกทุกราย ที่พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วย หู คอ ตา จมูก และหอผู้ป่วยเบญจสิริ 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประชากรศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดต่อกระดูกตาจำนวน 965 คน ที่พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วย หู คอ ตา จมูก และหอผู้ป่วยเบญจสิริ 5 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกตา ที่พักรักษา ณ หอผู้ป่วย หู คอ ตา จมูก และหอผู้ป่วยเบญจสิริ 5 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้ โปรแกรม การลดความวิตกกังวล และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้ ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดของตึกเบญจสิริ 3

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาด

ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Stata 12.0 โดยอ้างอิงจากการศึกษาของอรุณศรี ทองชัยสกุล¹ ผลการให้ข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลาได้ค่า ก่อนการทดลอง (M=7.23, SD. = 1.94) หลังการทดลอง (M=5.40, SD. = 2.58) แทนค่าการคำนวณขนาดตัวอย่างในโปรแกรม stata โดยใช้คำสั่ง

sampsi 7.23 5.40 , sd1 (1.94) sd2 (2.58) p(0.8) r(1)

Estimated sample size for two-sample comparison of means

Test Ho : m1 = m2, where m1 is the mean in population 1

and m2 is the mean in population 2

Assumptions: alpha = 0.0500 (two-sided)

power = 0.8000

m1 = 7.23

m2 = 5.4

sd1 = 1.94

sd2 = 2.58

n2/n1 = 1.00

Estimated required sample sizes: n1 = 25; n2 = 25

จะได้ขนาดตัวอย่าง 25 ต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างสูญหายจึงปรับค่าเพิ่มร้อยละ 20 โดยใช้สูตร

$$n = \frac{n}{1 - R}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

R คือ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะเก็บข้อมูลไม่ได้

$$n = \frac{25}{1 - 0.2}$$

ดังนั้น หลังปรับค่าจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย ต่อกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
2. แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์

ของกลุ่มตัวอย่างมีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดตามหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ RE076/2563 และดำเนินการตามหลักจริยธรรมดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัยและการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของประชากรทั้งสองกลุ่ม
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ (Independent

t- test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ (Paired t- test)

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (50.00%) และเพศหญิง (50.00%) อายุเฉลี่ย 69.75 (SD. = 8.57) สถานสมรสคู่ (56.20%) เชื้อชาติไทย (100.00%) ศาสนาพุทธ (100.00%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (78.20%) อาชีพเกษตรกร (81.30%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท (87.60%) รายได้เฉลี่ย น้อยสุด 600 บาท/เดือน มากที่สุด 40,000 บาท/เดือน ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.50%) และเพศชาย (37.50%) อายุเฉลี่ย 65.71 (SD. = 10.52) สถานสมรสคู่ (62.60%) เชื้อชาติไทย (100.00%) ศาสนาพุทธ(100.00%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (75.00%) อาชีพเกษตรกร (84.40%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท (90.60%) รายได้เฉลี่ยน้อยสุด 600บาท/เดือน มากที่สุด 20,000 บาท/เดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 32) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 32) จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	16(50.00)	12(37.50)
หญิง	16(50.00)	20(62.50)
อายุ (ปี)		
50 – 60	5(15.60)	11(34.40)
61 – 70	11(34.40)	9(28.10)
มากกว่า 70 ปี ขึ้นไป	16(50.00)	12(37.50)
Mean(SD.)	69.75 (8.57)	65.71(10.52)
สถานภาพสมรส		
โสด	4(12.50)	2(6.20)
สมรส/คู่	18(56.20)	20(62.60)
หม้าย	9(28.20)	8(25.00)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1(3.10)	2(6.20)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25(78.20)	24(75.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	2(6.20)	3(9.40)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3(9.40)	4(12.50)
ปริญญาตรี	2(6.20)	1(3.10)
อาชีพ		
เกษตรกร	26(81.30)	27(84.40)
รับจ้างทั่วไป	1(3.10)	3(9.40)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2(6.20)	1(3.10)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3(9.40)	1(3.10)

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 32) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 32) จำนวน(ร้อยละ)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 10,000	28(87.60)	29(90.60)
10,000 – 20,000	2(6.20)	3(9.40)
20,001 – 30,000	1(3.10)	0(0.00)
30,001 – 40,000	1(3.10)	0(0.00)
Min : Max	600:40,000	600:20,000

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว น้อยกว่า 5 คน (93.80%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี ต่ำกว่า 100,000 บาท (65.60%) กลุ่มควบคุม มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว น้อยกว่า 5 คน (84.40%) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี ต่ำกว่า 100,000 บาท (56.20%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสถานภาพสมรส

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 32) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 32) จำนวน(ร้อยละ)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
น้อยกว่า 5	30(93.80)	27(84.40)
5 – 10	2(6.20)	5(15.60)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี (บาท/ปี)		
ต่ำกว่า 100,000	21(65.60)	18(56.20)
100,001 – 200,000	5(15.60)	8(25.00)
200,001 – 300,000	2(6.20)	1(3.10)
มากกว่า 300,000	4(12.60)	5(15.60)
Min : Max	8,400 : 1,810,000	24,000 : 3,600,000

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ (68.80%) เลิกสูบบุหรี่มากกว่า 1 ปี (90.70%) ไม่เคยดื่มสุรา (65.50%) เลิกดื่มมาแล้วมากกว่า 1 ปี (93.80%) ไม่ดื่มกาแฟ (50.00%) ไม่ดื่มน้ำอัดลม (96.90%) ออกกำลังกายเป็นประจำ (75.00%) นอนหลับพักผ่อน มากกว่า 6 ชั่วโมง (90.60%) ดังแสดงในตารางที่ 3 ส่วน

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ (71.90%) เลิกสูบบุหรี่มากกว่า 1 ปี (87.50%) ไม่เคยดื่มสุรา (68.80%) เลิกดื่มมาแล้วมากกว่า 1 ปี (90.60%) ไม่ดื่มกาแฟ (65.60%) ไม่ดื่มน้ำอัดลม (90.60%) ออกกำลังกายเป็นประจำ (75.00%) นอนหลับพักผ่อน มากกว่า 6 ชั่วโมง (90.60%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มควบคุม (n = 32)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	22(68.80)	23(71.90)
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	9(28.10)	5(15.60)
สูบและปัจจุบันยังสูบอยู่	1(3.10)	4(12.50)
การเลิกสูบบุหรี่		
มากกว่า 1 ปี	29(90.70)	28(87.50)
ต่ำกว่า 1 ปี	3(9.30)	4(12.50)
การดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	21(65.60)	22(68.80)
เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	10(31.30)	6(18.80)
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	1(3.10)	4(12.40)

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มควบคุม (n = 32)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เลิกดื่มสุรา		
มากกว่า 1 ปี	30(93.80)	29(90.60)
ต่ำกว่า 1 ปี	2(6.20)	3(9.40)
การดื่มกาแฟ		
ไม่ดื่ม	16(50.00)	21(65.60)
ดื่ม	16(50.00)	11(34.40)
การดื่มน้ำอัดลม		
ไม่ดื่ม	31(96.90)	31(96.90)
ดื่มเป็นประจำ	1(3.10)	1(3.10)
การออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	8(25.00)	8(25.00)
ออกกำลังกายเป็นประจำ	24(75.00)	24(75.00)
นอนหลับพักผ่อนวันละกี่ชั่วโมง		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน	3(9.40)	3(9.40)
มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน	29(90.60)	29(90.60)

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (59.40%) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (40.60%) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน(31.20%) ส่วนกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว (78.10%)

โรคความดันโลหิตสูง (62.50%) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (31.20%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละสถานะทางสุขภาพ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n = 32)	(n = 32)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	13(40.60)	7(21.90)
มี	19(59.40)	25(78.10)
โรคเบาหวาน	10(31.20)	10(31.20)
โรคความดันโลหิตสูง	13(40.60)	20(62.50)
โรคหัวใจ	4(12.50)	3(9.40)
โรคไขมัน	5(15.60)	2(6.20)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกของกรุปทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 26.78 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.06 และผลการเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ภายในกรุปทดลอง

คะแนนความวิตกกังวล	Mean(SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
ก่อนการทดลอง	26.78(6.19)	7.72(5.89, 9.53)	<.001
หลังการทดลอง	19.06(3.58)		

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกของกรุปควบคุม ก่อนการรักษาพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ย 27.37 หลังการรักษาพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ย

22.25 และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายในกลุ่มควบคุม

คะแนนความวิตกกังวล	Mean(SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
ก่อนการทดลอง	27.37(4.81)	5.12(3.79, 6.45)	<.001
หลังการทดลอง	22.25(1.86)		

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 26.78 กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 27.37 ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ (Independent t-test) พบว่า ไม่ต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความ

วิตกกังวลเฉลี่ย 19.06 กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 22.25 ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ (Independent t-test) พบว่า ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff.(95% CI)	p
	(n = 32) Mean(SD.)	(n=32) Mean(SD.)		
ก่อนการทดลอง	26.75(6.19)	27.37(4.81)	3.18(1.75, 4.62)	<.001
หลังการทดลอง	19.06(3.58)	22.25(1.86)		

วิจารณ์

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 26.78 กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 27.37 ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ (Independent t-test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 19.06 กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 22.25 ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ (Independent t-test) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารุณี กุสราข และคณะ⁶ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระเจก โรคต้อหิน

โรคทางกระจกตาและโรคทางจอประสาท ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของแพทย์และพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ($r = -.186, p < .05$)

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์และศิริพันธ์ สาส์ตย์⁷ ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระเจกวัยผู้ใหญ่ภายในกลุ่มทดลองและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วย ต่อกระเจกวัยผู้ใหญ่ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสอดคล้องกับ เบญจวรรณ พวงเพชร และคณะ³ ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนอก ความวิตกกังวลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันการผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า การได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (Mean=0.56 SD.= 0.76 ; และ Mean=1.11 ; SD.=1.01) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Mean =0.56 SD.= 0.76 ; และ Mean=1.11, SD.=1.01) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Mean=0.04 SD.= 0.02 ; และ Mean=0.33 ; SD.=0.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.25, df=50, p<.05$ และ $t=-2.33, df = 50, p<.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) มีทีมออกเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยพยาบาล PCU และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อติดตามดูแล ประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

2. ควรมีการจัดทำเอกสาร แผ่นพับ เกี่ยวกับความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดต่อกระดูก ให้ผู้ป่วยและญาติได้ศึกษาอย่างต่อเนื่องมีการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เสียงตามสาย การสอนสุขศึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ โดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก ดร.บัณฑิตพัฒนา พัฒนโชติ ที่ปรึกษาโครงการที่ได้ให้คำแนะนำและแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัยมากยิ่งขึ้น รวมทั้งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหูคอ ตา จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่อนุญาตให้ดำเนินงานการวิจัย ตลอดจนผู้ร่วมโครงการทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ผุสดี บรมชนรัตน์. ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการลดความวิตกกังวลและการลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2559 ; 30(3) : 129-137.
2. กัลยา สุดโต. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและผู้ดูแลในโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 6-7 2551 ; 27(4) : 1235-42.
3. เบญจวรรณ พวงเพชร, อุษวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญญา-ภาสกุล, กนกรัตน์ พรพาณิชย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2559 ; 34(Suppl 1) : 53-62.
4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจของคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพตา ปีงบประมาณ 2549 - 2550 ; 2550
5. อรุณศรี ชัยทองสกุล. ผลการให้ข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558 ; 2(2) : 29-40.
6. วารุณี กุลราช, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สุภาภรณ์ ดั่งวงพง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ 2560 ; 9(1) : 1-12.
7. ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์, ศิริพันธ์ุ สาสัติย์. ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลตำรวจ 2558 ; 7(1) : 117-127.

**ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด
ในโรงพยาบาลหนองหานจังหวัดอุดรธานี**
**Prevalence and Factors Associated with Birth Weight Infant
Nonghan Hospital, Udon Thani Province**

อนุชาติ สุจิตา*

Anuchat sujita

Corresponding author : E-mail : Pen-tor@hotmail.com

(Received: November 19, 2020; Revised : November 24, 2020; Accepted : December 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและทารกที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 150 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกจากเวชระเบียน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน พบว่า ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 16 คน (10.70%) และปัจจัยเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์ (จำนวนครั้งของการคลอด) และการดูแลก่อนคลอด (จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารก ($p < .001$) แต่ปัจจัยเสี่ยงลักษณะของมารดาและประวัติการคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าจำนวนครั้งของการคลอดและการฝากครรภ์คุณภาพมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องควรนำปัจจัยเหล่านี้มาเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการเฝ้าระวังทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

คำสำคัญ : ความชุก; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; น้ำหนักของทารกแรกเกิด

* นายแพทย์ชำนาญการ

ABSTRACT

Objectives : To study the prevalence and factors associated with birth weight infant Nonghan Hospital, Udon Thani province.

Research design : Cross-sectional descriptive study

Materials and methods : A total of 150 subjects found that 16 (10.70%) of the birth weight infant less than 2,500 grams and a history of pregnancy risk factors (number of deliveries) and prenatal care (number of quality antenatal visits) were associated with the birth weight infant ($p < .001$), however, risk factors, maternal traits and birth history were not related to the birth weight infant.

Conclusion and recommendation : Resulted that the number of births and quality antenatal care factors associated with birth weight infant, so stakeholders should take these factors as a key indicator for the surveillance of birth weight infant.

Keywords : Prevalence ; Factors associated with ; Birth weight infant

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Infants) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์อาจจะคลอดก่อนกำหนด คลอดครบกำหนด หรือคลอดเกินกำหนดก็ได้ ซึ่งโดยปกติทารกแรกเกิดควรมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม ถึงประมาณ 3,800 กรัม ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดหรือแรกคลอดรวมถึงขวบปีแรกของชีวิต ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 60.0 ของทารกที่เสียชีวิตในระยะ 28 วันแรก (Neonatal period)¹ ซึ่งเป็นได้ทั้งทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) หรือทารกครบกำหนด² ดังเช่นการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อแรกคลอดจะมีอัตราตายสูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติถึง 40 เท่า และเพิ่มเป็น 200 เท่า ถ้าน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม³ ทารกกลุ่มนี้ที่รอดชีวิตก็มีอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการมากกว่าทารกปกติ³ มีโอกาสเกิดพัฒนาการล่าช้า⁴ และโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในระยะต่อมาเมื่อเป็นผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น⁵ พบภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดมากขึ้น เช่น ภาวะขาดออกซิเจน การสูดสำลักซีเทา ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดข้น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดโรคติดเชื้อต่างๆ ตามมา ซึ่งทารกที่อยู่กลุ่มนี้ต้องการการดูแลอย่างเป็นพิเศษ ต้องใช้

ทรัพยากรและเวลาในการดูแลรักษามากขึ้น⁶

กล่าวได้ว่าน้ำหนักของทารกแรกเกิดจึงเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของทารก และเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเจริญเติบโตและการมีชีวิตรอดของทารก ในประเทศไทยทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากน้ำหนักแรกเกิดนับเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติให้ความสำคัญกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530- 2534) โดยกำหนดเป้าหมายไว้ว่า อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 9 แต่ผลการดำเนินงาน ไม่สามารถลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ตามเป้าหมายโดยลดเหลือเพียงร้อยละ 9.4 นับจากแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 จนถึงฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2535- พ.ศ. 2554) ได้กำหนดเป้าหมายอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7 ผลการดำเนินงานต่อเนื่องมานับ 10 ปีไม่สามารถลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยได้ตามแผนที่กำหนด โดยผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2551 มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 8.6 เท่ากัน⁷

เช่นเดียวกับสถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในจังหวัดอุดรธานีในช่วงปี พ.ศ.2544-2548 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกขวบปีแรกของจังหวัดอุดรธานีเสีย

ชีวิต คือ โรคหรือความผิดปกติของทารกอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ - 7 วันแรกของชีวิต ที่สำคัญคือ ทารกเกิดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2549-2551 มีทารกเสียชีวิตจากการเกิดก่อนกำหนด 0.24, 0.31 และ 0.35 และอัตราทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 9.73, 8.17 และ 8.89 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ ในปี พ.ศ.2551 ได้วิเคราะห์สาเหตุของทารกน้ำหนักน้อยในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 2,001-2,499 กรัม (86.70%) และพบทารกเกิดก่อนกำหนดสูงถึง ร้อยละ 41.6⁸ ต่อมาในปี พ.ศ.2559 พบว่า มีอัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 8.93 ปี พ.ศ.2560 พบร้อยละ 8.91 และปี พ.ศ.2562 พบร้อยละ 8.44 ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ว่า ควรพบไม่เกินร้อยละ 7⁹ จะเห็นว่าความชุกของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ก็ยังเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

จากการทบทวนเอกสารวิชาการต่างๆ และงานวิจัยที่ศึกษาถึงสาเหตุของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่าการคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) และทารกที่มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction or retardation: IUGR) เป็น 2 สาเหตุหลักของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในประเทศกำลังพัฒนาสาเหตุหลักเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด สำหรับในประเทศไทยทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับการที่มารดาไม่มาฝากครรภ์ มารดาฉีด มารดาตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น¹⁰ กลุ่มหญิงที่ฝากครรภ์ไม่ถี่ คือ ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์¹¹ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวของมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม การคลอดก่อนกำหนด และการมีโรคประจำตัวของมารดา¹² จากการประมวลสาเหตุที่มีผลต่อน้ำหนักแรกเกิดของทารก รวมทั้งข้อมูลการคลอดของโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานีที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีความชัดเจนถึงสาเหตุของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน แต่คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงลักษณะของมารดา ปัจจัยเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงการดูแลก่อนคลอด และปัจจัยเสี่ยงประวัติการคลอดกับภาวะน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ายังมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักตัวน้อยก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นศึกษาในปัจจัยที่สามารถนำไปปรับ หรือพัฒนาได้ในส่วนของปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักน้อยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองหานจังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก คือ (1) เพื่อหาความชุกของน้ำหนักของทารกแรกเกิด และ (2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองหานจังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้วิธีการศึกษาทางระบาวิทยาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลแบบคัดลอกจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ประชากรศึกษาและตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นมารดาและทารกที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 150 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) มารดาที่มารับบริการคลอดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 และ 2) เป็นผู้รับบริการที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาและทารกที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานีตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 150 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณสัดส่วนจากงานผลงานวิจัยของอรพินท์ กอสนาน¹³ ที่ได้ศึกษาผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

สูตร

$Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด $\alpha = 0.05 = 1.96$
 P = สัดส่วน (ความชุกของทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม = 9.62)
 d = Precision (4.5%)
 = 149.52 หรือประมาณ 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ปัจจัยเสี่ยงลักษณะของมารดาประกอบด้วยน้ำหนักทารกแรกคลอด อายุมารดา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสูงของมารดาและความดันโลหิต Systolic ปัจจัยเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์ การดูแลก่อนคลอด และการคลอด ประวัติการคลอดมาแล้ว ได้แก่ ประวัติการแท้งบุตร โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงด้านคลอด ได้แก่ น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ประวัติจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงการดูแลก่อนคลอด เช่น ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะก่อนคลอด อายุครรภ์ขณะคลอด และเพศทารก

แบบบันทึกนี้ได้นำไปทดลองใช้บันทึกข้อมูลในหน้างาน จากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ และนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลตามที่กำหนด ข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ลงรหัส แล้วจึงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อหาค่าร้อยละของข้อมูลประชากร และค่าร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากร รวมทั้งวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลประชากร และข้อมูลลักษณะทางประชากรของมารดากับภาวะน้ำหนักของทารกแรกเกิด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติการเข้าถึงข้อมูล และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน
2. ขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษาและขออนุญาตระหว่างการทำไปเก็บข้อมูลรวมถึงขอความร่วมมือในการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัย บันทึกข้อมูลลง

แบบบันทึกที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยบันทึกเฉพาะข้อมูลที่ต้องการจากเวชระเบียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและสุ่มได้

4. จัดทำคู่มือลงรหัสและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบบันทึกและนำข้อมูลทั้งหมดจากแบบบันทึกมาลงรหัส และนำเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แล้วการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และกรณีข้อมูลแจกแจง จะนำเสนอค่าจำนวน และร้อยละ
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงลักษณะของมารดาประกอบด้วยน้ำหนักทารกแรกเกิด อายุมารดา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสูงของมารดาและความดันโลหิต Systolic ปัจจัยเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์ การดูแลก่อนคลอด และการคลอด ประวัติการคลอดมาแล้ว ได้แก่ ประวัติการแท้งบุตร โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงด้านคลอด ได้แก่ น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ประวัติจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะฝากครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงการดูแลก่อนคลอด เช่น ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะก่อนคลอด อายุครรภ์ขณะคลอดและเพศทารกกับน้ำหนักของทารกแรกเกิด โดยใช้สถิติที่ใช้ ได้แก่ Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เป็นการสัมภาษณ์ หรือเก็บข้อมูลจากบุคคลโดยตรง เป็นเพียงการบันทึกข้อมูลระเบียบ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะได้พิทักษ์สิทธิ์ของเจ้าของข้อมูลโดยเมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จะเก็บข้อมูล โดยมีได้บันทึกรายชื่อ หรือ HN (Hospital Number) ของกลุ่มตัวอย่าง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งไม่สามารถสืบค้นไปยังตัวบุคคลได้ รวมถึงทำการขออนุญาตแพทย์ผู้ที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหนองหานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ทั้งหมด 150 คน พบว่า ทารกน้ำหนักเฉลี่ย 3,058.06 กรัม (Mean = 3,059.06, SD = 475.58) ทารกน้ำหนักต่ำสุด 940 กรัม ทารกน้ำหนักมากที่สุด 4,222 กรัม ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 16 คน (10.70%) คลอดน้ำหนักทารกปกติ (2,5000 กรัมขึ้นไป) จำนวน 134 คน (89.30%) มารดาอายุเฉลี่ย 25.39 ปี มารดาอายุต่ำสุด 14 ปี มารดาอายุมากที่สุด 43 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน จำนวน 121

คน (80.20%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 76 ราย (50.20%) ความสูงของมารดาเฉลี่ย 158 เซนติเมตร (Mean = 158.30, SD = 6.05) ความสูงต่ำสุด 135 เซนติเมตร ความสูงมากที่สุดเท่ากับ 172 เซนติเมตร ความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 117.73 มิลลิเมตรปรอท (Mean = 117.73, SD = 9.41) ความดันโลหิตต่ำสุด 100 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงสุดเท่ากับ 170 มิลลิเมตรปรอท และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงลักษณะของมารดาได้แก่ อายุมารดา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความสูงของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารก ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงลักษณะของมารดา

ตัวแปร	n=150	< 2,500 กรัม	≥ 2,500 กรัม	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
อายุมารดา (ปี)				
< 20 ปี	38(25.30)	4(10.50)	34(89.50)	.621
≥ 20 ปี	112(76.70)	12(10.70)	100(89.30)	
อาชีพ				
ทำนา	7(4.60)	0(0.00)	7(100.00)	1.00
ค้าขาย	4(2.70)	0(0.00)	4(100.00)	
แม่บ้าน	121(81.70)	14(11.60)	107(88.40)	
รับจ้าง	18(12.00)	2(11.10)	16(88.90)	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	27(18.00)	4(14.80)	23(85.20)	.649
มัธยมศึกษา	76(50.70)	7(9.20)	69(80.80)	
ปวช./ปวส.	41(27.30)	4(9.80)	37(90.20)	
ปริญญาตรี	6(4.00)	1(16.70)	134(83.30)	
สถานภาพสมรส				
แยกกันอยู่	3(2.00)	1(33.30)	2(60.70)	.289
คู่อยู่ร่วมกับสามี	147(98.00)	15(10.00)	132(88.00)	

ตารางที่ 1 (ต่อ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงลักษณะของมารดา

ตัวแปร	n=150	< 2,500 กรัม	≥ 2,500 กรัม	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ความสูงของมารดา(เซนติเมตร)				
< 150	22(14.70)	3(13.60)	19(86.40)	.426
≥ 150	128(85.30)	13(10.20)	115(89.80)	

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์ได้แก่ ทารก (p= .034) แต่ประวัติการแท้งบุตรไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติการคลอดมาแล้วมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของ กับน้ำหนักของทารก ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์

ตัวแปร	n=150	< 2,500 กรัม	≥ 2,500 กรัม	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ประวัติการคลอดมาแล้ว(ครั้ง)				
< 2 ครั้ง	135(90.00)	12(8.90)	123(91.10)	.034*
≥ 2 ครั้ง	15(10.00)	4(26.90)	11(73.30)	
ประวัติการแท้งบุตร(ครั้ง)				
มี	26(17.30)	2(7.70)	24(92.30)	.449
ไม่มี	124(82.70)	14(11.30)	110(88.70)	

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการดูแลก่อนคลอด ได้แก่ ประวัติจำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ (ครรภ์ปกติ) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารก (p= .047) อายุครรภ์
ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

ขณะก่อนคลอด อายุครรภ์ขณะคลอด เพศทารก และภาวะ
แทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของ
ทารกแรกเกิด ดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงการดูแลก่อนคลอด

ตัวแปร	n=150	< 2,500 กรัม	≥ 2,500 กรัม	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)				
< 12 สัปดาห์	94(62.70)	12(12.80)	82(87.20)	.413
≥ 12 สัปดาห์	56(37.30)	4(7.10)	52(92.90)	
ประวัติจำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ(ครรภ์ปกติ) (ครั้ง)				
< 5 ครั้ง	11(7.30)	3(27.30)	8(72.70)	.047*
≥ 5 ครั้ง	139(92.70)	13(9.40)	126(90.80)	
ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงขณะก่อนคลอด (ร้อยละ)				
< 30%	8(5.30)	2(25.00)	6(75.00)	.204
≥ 30%	142(91.70)	14(9.90)	128(90.10)	
อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์)				
< 37 สัปดาห์	24(16.00)	5(20.80)	19(79.20)	.139
≥ 37 สัปดาห์	126 (84.00)	11(8.70)	115(91.30)	
เพศทารก				
ชาย	73(48.30)	5(6.80)	68(93.20)	.188
หญิง	77(51.30)	11(14.30)	66(85.70)	
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์				
ไม่มี	147(98.00)	16(10.90)	131(89.10)	
มี	3(2.00)	0(0.00)	3(100.00)	

*p <.05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงประวัติการคลอดได้แก่ น้ำหนักตัวมารดาขณะตั้งครรภ์ และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะ

ตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารก ดังปรากฏในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงประวัติการคลอด

ตัวแปร	n=150	< 2,500 กรัม	≥ 2,500 กรัม	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
น้ำหนักตัวมารดาขณะตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)				
< 57 กิโลกรัม	28(18.70)	5(17.90)	23(82.10)	.182
≥ 57 กิโลกรัม	122(81.30)	11(9.00)	111 (91.00)	
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์(กิโลกรัม)				
< 10 กิโลกรัม	43(28.70)	5(11.60)	38(88.40)	.777
≥ 10 กิโลกรัม	107(71.30)	11(10.30)	96(89.70)	

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหนองหาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ทั้งหมด 150 คน พบว่า ทารก น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 16 คน (10.70%) คลอดน้ำหนักทารกปกติ (2,500 กรัมขึ้นไป) จำนวน 134 คน (89.30%) มารดาอายุเฉลี่ย 25.39 ปี มารดาอายุต่ำสุด 14 ปี มารดาอายุมากที่สุด 43 ปี และปัจจัยเสี่ยงประวัติการตั้งครรภ์ (จำนวนครั้งของการคลอด) และการดูแลก่อนคลอด (จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารก ($p < .001$) แต่ปัจจัยเสี่ยงลักษณะของมารดาและประวัติการคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหนองหาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ทั้งหมด 150 คน พบว่า ทารก น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 16 คน (10.70%) ซึ่งน้อยกว่าผลการศึกษาในมารดาที่คลอดในโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า คลอดทารกน้ำหนักน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม) ร้อยละ 11.6314 (แต่มากกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวเท่ากับร้อยละ 6.9613 และมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและเป้า

หมายของประเทศไทยซึ่งกำหนดไว้ว่าควรพบไม่เกินร้อยละ 7, 9 และพบว่ามารดาอายุเฉลี่ย 25.39 ปี และมารดาอายุต่ำสุด 14 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Shrim A, Ates S, Mallozzi A, Brown R, Ponette V, Leven I, et al.15 ที่พบว่า มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาอายุ 20-34 ปี 2.4 เท่า และการศึกษาของบรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชูวงศ์¹⁶ ที่พบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี เสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาอายุ 20-34 ปี 1.7 เท่า

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติการตั้งครรภ์ (จำนวนครั้งของการคลอด) และการดูแลก่อนคลอด (จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของทารกแรกเกิด เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ ประคอง ตั้งสกุล¹⁷ ซึ่งพบว่า ปัจจัยทางด้านมารดามีผลต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิด; ปัจจัยของมารดาที่มีผลต่อทารกน้ำหนักน้อย¹⁸; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดบุตรน้ำหนักน้อยของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลระนอง คือ จำนวนการตั้งครรภ์และจำนวนครั้งการฝากครรภ์¹⁹; การฝากครรภ์ และประวัติการตั้งครรภ์¹⁴ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์อายุครรภ์²⁰

การฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการฝากครรภ์เป็นการเฝ้าระวังอาการผิดปกติของการตั้งครรภ์ อีกทั้งการตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา มารดาได้ก่อเกิดทารก

ขึ้นมาในระหว่างที่มีการตั้งครรภ์ถ้ามารดาไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดพยาธิสภาพที่เป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารก การฝากครรภ์ จึงมีประโยชน์อย่างมากในด้านการป้องกันให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยจากโรคที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรงหรือจากโรคที่เจ็บป่วยมาก่อน นอกจากนี้การฝากครรภ์ยังเป็นการเตรียมสุขภาพกายและจิตของหญิงตั้งครรภ์ให้สมบูรณ์พร้อม สำหรับการตั้งครรภ์การคลอดและหลังคลอด และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อยเนื่องจากการตั้งครรภ์แรกมารดาส่วนใหญ่มีอายุน้อยไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์มารดาบางคนยังอยู่ในวัยเรียน กลัวการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ของตนเองในขณะที่ตั้งครรภ์ บางคนตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นเหตุให้ต้องปิดบังให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์¹⁴

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำสุด 940 กรัม มารดาอายุต่ำสุด 14 ปี มารดาอายุมากที่สุด 43 ปี ความสูงของมารดาเฉลี่ย 158 เซนติเมตร และความสูงต่ำสุด 135 เซนติเมตร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องนำมาเป็นตัวบ่งชี้ที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมารดาและทารกแรกเกิดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหานที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนมาใช้ในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด เจ้าหน้าที่เวชสถิติและงานเวชระเบียนทุกคนที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และให้การสนับสนุนและร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Stoll BJ, Kliegman RM. Prematurity and Intrauterine Growth Retardation. In: Behrman RE, Uterigman RM, Jensen HB. Nelson textbook of pediatrics : 17th ed. Philadelphia : Saunders, 2004.500-8.

2. สายฝน ชาวลาโพบูลย์. คลอดก่อนกำหนด : ปัญหาระดับชาติ. ใน : สายฝน ชาวลาโพบูลย์, บรรณาธิการ. คลอดก่อนกำหนด (Preterm labour). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิง ; 2553. 3-14.
3. Goldenberg RL, Culhan JF. Low birth weight in the United States 1'2'3. Am J Clin Nutr 2007 ; 85 : 5845-905.
4. Roth J, Hendrickson J, Schilling M, Stowell WD. The risk of teen mothers having low birth weight babies : implications of recent medical research for school health personnel. J Sch Health 1998 ; 68 : 271-5.
5. สุจิต คุณประดิษฐ์. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย:จุดเริ่มต้นในทารกสูโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2547 ; 48 : 309-22.
6. ดวงกมล เจริญเกษมวิทย์. อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในโรงพยาบาลนครนายก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2551 ; 3 : 87-96.
7. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2551. นนทบุรี : กรม ; 2552.
8. ธราธิป โคละทัต, จันทิมา จรัสทอง. การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โรงพิมพ์มติชนปากเกร็ด; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.tmchnetwork.com/sites/default/files/KL-08.pdf>
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก. [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี ; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.udo.moph.go.th
10. สุดารัตน์ วัฒนโยธิน. การวิเคราะห์ห้าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ระยะคลอด และภาวะแรกเกิดน้ำหนักน้อยของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2546 ; 27(1) : 35-42.

11. วิสุทธิ์ สุวิทยะศิริ, มานิต ศรีประโมทย์, ปราโมทย์ เขตรัตนรักษ์. ความสัมพันธ์ของการฝากครรภ์ไม่ดีกับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนด. วารสารเวชสาร 2546 ; 47(1) : 9-15.
12. พรรณพิศ วิทยาการวงศ์, กรรณิกา สหเมธาพัฒน์, อุบลรัตน์ ภักดีจันทร์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม. วารสารกุมารเวชสาร 2551 ; 15 (1) : 34-5.
13. อรพินท์ กอสนาน. ผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2556 ; 30(4) : 287-99.
14. ภัทรวดี อัญชสีชไมทร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2551 ; 24(1) : 71-9.
15. Shrim A, Ates S, Mallozzi A, Brown R, Ponette V, Leven I, et al. Is young maternal age really a risk factor adverse pregnancy outcome in a Canadian tertiary referral hospital?. J Pediatr Adolesc Gynecol 2011 ; 24 (4) : 218-22.
16. Suwannachat B, Ualalitchoowong P. Maternal age and pregnancy outcomes. Srinagarind Med J. 2007 ; 22(4) : 401-7. (in Thai).
17. ประคอง ตั้งสกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2554 ; 6(2) : 113-22.
18. อุษาวดี จະระนิล, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลต่อทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
19. นัยนา ทองสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลระนอง. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2557 ; 8(3) : 745-53.
20. รัตนา เพชรพรรณ, เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดและภาวะโภชนาการทารกแรกเกิดถึง 2 ปีในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 3. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2556 ; 30(4) : 300-15.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน โรงพยาบาลราชบุรี

Effects of Health Promotion Program for Food Consumption, Perceived and Self-care Behavior on Hypertension at Thawatburi Hospital, Roi-Et

ปาฬิณณ์ โปธิชัย*

Palin Potichai

Corresponding author : E-mail : toutmb075@gmail.com

(Received: November 19, 2020 ; Revised : November 24, 2020 ; Accepted : December 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลราชบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi - experimental study)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 56 คน รวม 112 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ ดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.21 คะแนน (Mean diff.= 1.21; 95%CI : 1.10, 1.30) ; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.05 คะแนน (Mean diff.= 2.05 ; 95%CI : 1.89, 2.20) ; คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.31 คะแนน (Mean diff.= 2.31 ; 95%CI : 2.18, 2.44) ; คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ตัวบน) ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีความดันโลหิต (ตัวบน) ลดลงเท่ากับ 39.42 มิลลิเมตรปรอท (Mean diff.= 39.42 ; 95%CI : 32.08, 46.77) และคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ตัวล่าง) ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีความดันโลหิต (ตัวล่าง) ลดลงเท่ากับ 53.67 มิลลิเมตรปรอท (Mean diff.= 53.67 ; 95%CI : 46.28, 61.07)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมฯไปใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ; การรับรู้ ; พฤติกรรมการดูแลตนเอง ; โรคความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ABSTRACT

Objectives : To compare food consumption behavior, perception and perceived and self-care behavior on hypertension at Thawatburi Hospital, Roi-Et.

Research design : Qua-si experimental study

Materials and methods : 112 of participants with hypertension were participated in this study. Participants were randomly assigned into experimental and comparison groups with 56 each. The experimental group received health promotion program whereas those in comparison group received only usual care. The 12-weeks dietary health promotion program consisted of 6 sessions of group activities, a follow-up, and monitoring on group process. Data collection was performed using questionnaires at based line, after intervention and follow-up period (week 12). Descriptive statistics and paired t- test were used for data analysis.

Main findings : After intervention, hypertension in experimental group had a higher mean score of dietary behavior than comparison group ($p < .001$), with an increase in mean score of 1.21 (mean diff. = 1.21; 95% CI ; 1.10, 1.30) ; mean score of perceived greater than comparison group ($p < .001$), with an increase in mean score of 2.05 (mean diff. = 2.05; 95% CI; 1.89, 2.20); mean score of self-care behavior were greater than comparison group ($p < .001$), with an increase in mean score of 2.31 (mean diff. = 2.31 ; 95% CI; 2.18, 2.44) ; mean score of systolic blood pressure were lower than comparison group ($p < .001$) with systolic blood pressure, decreased by 39.42 mm.Hg (mean diff. = 39.42; 95% CI; 32.08, 46.77), and mean diastolic score were lower than that of comparison group ($p < .001$), with the lower diastolic blood pressure of 53.67 mm.Hg (mean diff. = 53.67; 95% CI; 46.28, 61.07).

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in the target groups having increased consumption behavior, and perceived and self-care behavior, Relevant agencies should bring this program used to promote hypertension patients to have a better quality of life.

Keywords : Food Consumption; Perceived; self-care behavior; Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตลอดมาทำให้ตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่เป็นเศรษฐกิจเกิดใหม่ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง จะไม่มีสัญญาณเตือน หรืออาการแสดงให้เห็นว่าจะมีอันตรายเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้นี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามี ความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าและ ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า ดังนั้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก¹ พบว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs จำนวน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบว่ามีจำนวนมากเกือบถึง พันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและ มีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภค เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่ภาวะโรคความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทางสมาพันธ์โลกของโรคความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension) จึงได้ให้ความสำคัญในการเพิ่มการคัดกรอง และยืนยัน เรื่องการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างความตระหนักต่อสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงและช่วยให้บรรลุ 9 เป้าหมายขององค์การสหประชาชาติที่ว่า ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 25.0 ภายใน ปี พ.ศ. 2568 ดังสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย เช่นเดียวกับข้อมูลจากสำนักงานนโยบาย ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560)

เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และ จากข้อมูล ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยรายใหม่ ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และนอกจากนี้ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) เป็น ร้อยละ 24.7 (ชายร้อยละ 25.6 และหญิงร้อยละ 23.9)²

แต่สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลจากฐาน HDC ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า อัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปี (2557-2561) จำนวนผู้ป่วย 66,834 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ (37.01%), 76,466 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ (40.25%), 86,225 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ (42.98%), 95,072 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ (48.29%) และ 105,314 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ (51.24%) ตามลำดับ จากข้อมูลในระดับจังหวัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากรับการรักษาแล้ว ยังมีการควบคุมระดับความดันได้น้อย ซึ่งต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา ต่อเนื่องต่อไป

อย่างไรก็ตามสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชวัชรบุรี³ ผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าสะสมในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (2557-2561) พบว่า จำนวนผู้ป่วย 3,894 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี(27.56%) ; 4,362 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (40.30%) ; 4,801 ราย (39.95%) ; 5,219 ราย (40.39%) ; 5,846 ราย (53.78%) นอกจากนั้นในปี พ.ศ.2561 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานหรือโรคอื่นๆ (63.34%) และกลุ่มที่มีเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง (36.66%) และในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวนี้แบ่งตามช่วงอายุน้อยกว่า 35 ปี (0.51%) ช่วงอายุ 35-60 ปี (34.86%) และ 60 ปี ขึ้นไป (64.63%) และในกลุ่มสูงอายุขึ้นไป มักจะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มอายุน้อย

ส่วนการควบคุมระดับความดันโลหิตจึงค่อนข้างจะยากกว่ากลุ่มที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลธวัชบุรี ในรอบ 5 ปี (2557-2561) พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ด คิดเป็น 37.01%, 40.25%, 42.98%, 48.29 และ 51.24% ตามลำดับ โรงพยาบาล ธวัชบุรี คิดเป็น 27.55%, 40.30%, 39.95%, 10.39% และ 53.78% ตามลำดับ จากผลงานเปรียบเทียบภาพรวม ทั้งระดับจังหวัด และของโรงพยาบาลธวัชบุรีจะเห็นว่า การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในเกณฑ์ปกติยังต่ำกว่าเป้าหมายของระดับประเทศที่กำหนดไว้

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสาธารณะ คือ การส่งเสริมให้บุคคลและชุมชน มีความสามารถในการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและความเป็นอยู่ของชุมชน อีกทั้งการให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ให้ความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคม กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคต่างๆ และการมีส่วนร่วมของประชาชน การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลและชุมชน⁵ การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคลชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง⁶ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthening community action) เป็นการส่งเสริมศักยภาพ ความสามารถของชุมชนในการพึ่งตนเอง และให้โอกาสในการตัดสินใจและกระทำ พยาบาลต้องให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ได้รับโอกาสในการเรียนรู้ และสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ชุมชน (Community empowerment)⁷ หรือการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorienting health services) ซึ่งองค์กรสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนบริการเชิงรับที่

เน้นการรักษาเฉพาะบุคคลมาเป็นเชิงรุก⁸ พยาบาลต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน

ตามหลักยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ผศ.สนธิ์ภูมิปัญญาไทยเข้ากับภูมิปัญญาสากล ได้ปรับมุมมองคำว่า สุขภาพ โดยไม่เพียงแต่พิจารณาในแง่ทางกายใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ได้พิจารณาโดยเชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยมิได้ให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องโรคแต่เพียงอย่างเดียว เน้นเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพดี” แทนการ “ซ่อมแซมสุขภาพเสีย” ดังนั้นการดูแลสุขภาพบุคคลพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของผู้รับบริการ โดยให้การพยาบาลครบทั้ง 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ให้ประชาชนทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของสุขภาพ และหันกลับมาดูแลเอาใจใส่เรื่องสุขภาพ ไม่เพียงแต่การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยแต่จะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพดีด้วยแนวทางต่างๆ พยาบาลช่วยเหลือจัดการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกออกไปในสังคม และจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม⁹

จากการประมวลเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลธวัชบุรีทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้มีความเข้าใจ และมีความตระหนักในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งคาดว่าจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงหลังจากผู้ป่วยได้รับความรู้และมีความเข้าใจในการดูแลตนเองจากการสอนสุขภาพที่ถูกต้องโดยนำหลักทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้เป็นแนวทางในการทดลองครั้งนี้

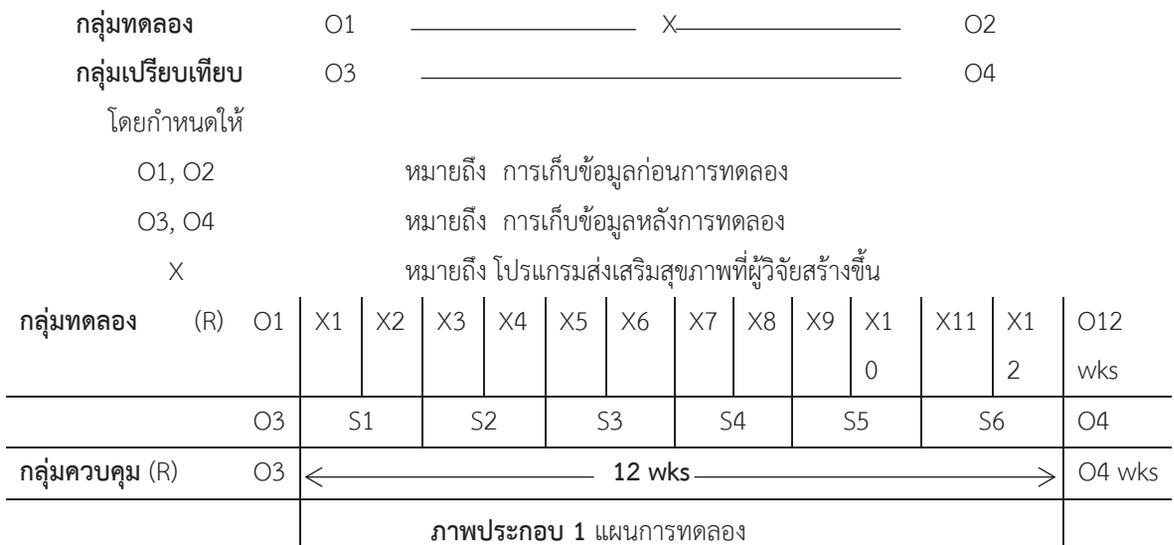
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน โรงพยาบาลราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง

(Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ออกแบบการวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Non-Equivalent Groups) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่คุณวิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมปกติตามเดิม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกชุดเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามแผนการวิจัย ดังต่อไปนี้



O1, O3 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
O2, O4 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบห่างไปอีก 2 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยแบบสัมภาษณ์
X1 – X6 หมายถึง การจัดโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 ครั้ง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Study populations) ประชากรศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลราชบุรีอำเภอราชบุรี การวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกประชากรศึกษาโดยเริ่มจากผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 894 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีอายุ 40-59 ปี 2) เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีความดันโลหิตสูงที่อยู่ในขั้นวิกฤต (Hypertensive crisis) ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิกสูงมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท และมีอาการทางคลินิก ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนงง ตามัว เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจตื่น สับสน ง่วงซึม ชัก เป็นต้น 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีภาวะเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ ประเมินระดับสติสัมปชัญญะโดยใช้ Mini-Mental State Examination (TMMSE) ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินกระบวนการคิดและจิตใจ และสติสัมปชัญญะของกลุ่มตัวอย่าง 4) ไม่มีอุปสรรคเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้ 5) มีคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ 6) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ น้อยกว่า ร้อยละ 80 2) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตหรือเสียชีวิต 3) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น 4) ย้ายถิ่น ที่อยู่ ขณะทำการวิจัย และ 5) ผู้ป่วยบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) วิธีการสุ่มตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลราชบุรี อำเภอราชบุรี จังหวัดราชบุรี

1) การคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจากจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลราชบุรี อำเภอราชบุรี จังหวัดราชบุรี การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง

ของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน¹⁰

จากสูตรการคำนวณ

$$n/\text{group} = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

n = ตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และเป็นการทดสอบสมมติฐานทางเดียว ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน กำหนดให้อำนาจในการทดสอบ power of test = 90.0% ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

Δ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย $\mu_1 - \mu_2$

σ^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับยารักษา) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของคณิตดา อินทบุตร¹¹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน หลังการทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมกรจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง โดยในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมกรจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงเท่ากับ 51.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.87 ในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนพฤติกรรมกรจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงเท่ากับ 48.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.40 ดังนั้น ถ้ากำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ 5.00% และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 90.00% จะใช้จำนวนตัวอย่างในการทดลองเท่ากันหรือใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ได้

โดยจะหาค่าความแปรปรวนของการทดลองแล้ว จึงนำค่าที่ได้ไปหาขนาดตัวอย่างดังนี้

$$\text{จากสูตรการคำนวณ } \sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)Sd_1^2 + (n_2 - 1)Sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

แทนค่าในสูตร (พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ)

$$\sigma^2 = \frac{(30 - 1)(4.87)^2 + (30 - 1)(3.40)^2}{30 + 30 - 2}$$

$$\sigma^2 = 18$$

จากนั้นนำค่าความแปรปรวนที่ได้มาคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\text{แทนค่า } n/\text{group} = \frac{2(1.64 + 1.28)^2 (18)}{(51.40 - 48.37)}$$

$$= 36$$

การปรับขนาดตัวอย่างในกรณีมีผู้ตกลำหรือสูญหายจากการติดตาม (Drop out) เพื่อให้การสรุปผลการศึกษาไม่มีผลโดยตรงต่อ statistical precision หรือ power ที่กำหนดไว้ ถ้ามีผู้ที่เป็นตัวอย่างบางส่วน ตกลำหรือสูญหายจากการติดตาม จึงมีการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษา¹⁰

$$\text{สูตรการคำนวณ } n_{\text{adj}} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการตกลำหรือสัดส่วนการสูญหาย (Drop out) จากการติดตามในการศึกษาครั้งนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 56 คน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 56 คน รวมทั้งสิ้น 112 คน

2) การสุ่มเลือกตัวอย่างที่ทำการศึกษา สุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม (Randomization) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลราชวิถีเป็นกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิเวศน์ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน แต่อยู่ห่างกัน 12 กิโลเมตร

ตัวแปรในการวิจัย 1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลราชวิถี และ 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลราชวิถี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ตอน คือตอนที่ 1 ลักษณะประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยา ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตราย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนอง ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) โดยประยุกต์จากการวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) การประเมินค่าการรับรู้และความคาดหวังมี 5 สเกล คือ เห็นตัวอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เพื่อใช้วัดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและการไปตรวจตามนัด

2. เครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ แบบบันทึกการตรวจร่างกายประกอบด้วยความดันโลหิต วัดทั้ง 2 กลุ่ม 2 ครั้ง คือ ระยะเวลาก่อนการทดลองและสิ้นสุดการทดลองแล้วนำมาค่ามาเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย (1) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ซึ่งการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการเรียนรู้ต่างๆ

โดยมุ่งให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

(2) วิถีทัศน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความยาว 30 นาที

(3) เอกสารประกอบด้วย คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ของจิตรชนก หัสดี¹² ซึ่งคู่มือดังกล่าวผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการใช้ประกอบการศึกษา และเป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงตามโครงสร้างของเนื้อหาแล้ว และการออกกำลังกายด้วยแบบแกว่งแขน

(4) สื่อ บุคคลทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งทางด้านลบเพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคเป็นผู้ป่วยที่ป่วยและประสบปัญหาจากโรคความดันโลหิตสูงและทางด้านบวกเพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีได้รับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคและมีทักษะในการพูดเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์เป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและความสำคัญของการเป็นสื่อในการถ่ายทอดประสบการณ์ โดยการมีเตรียมประเด็นที่จะเล่าให้สมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมฟัง

(5) รายการอาหารและตัวอย่างอาหารประจำถิ่นที่ควรหลีกเลี่ยง และปริมาณอาหารที่เหมาะสม

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ การสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างเป็นเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ถูกต้องตามเกณฑ์และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

2. การทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงของเนื้อหา เพื่อให้มีความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษามีความตรงในเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบ ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ วิจัยจำนวน 5 คน

3. ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างใน

โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอร้อยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้จำนวน 30 คน เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือแล้วนำไปหาความบกพร่องของภาษาและเทคนิคการสัมภาษณ์ เพื่อให้สื่อความหมายให้เข้าใจตรงกัน

4. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดย 1) การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation Analysis) ในข้อคำถามทั้งหมด ข้อคำถามที่มีค่าเป็นลบหรือต่ำกว่า 0.2 พิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้งไป 2) หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ในส่วนการวัดการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเที่ยง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลเท่ากับ .80, .77, .84 และ.83 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ 1) นำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย 2) ติดต่อประสานงานประชุมชี้แจงโครงการวิจัยตลอดจนแนวทางการดำเนินงานวิธีการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากคลินิกโรงพยาบาลราชบุรี 3) ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์แนวทางการดำเนินงาน และสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ได้ทราบ และขอความร่วมมือ 4) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดเตรียมสถานที่ สื่อทัศนูปกรณ์ที่เหมาะสมที่จะใช้ในโปรแกรม 5) ชี้แจงให้ความรู้แก่ผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้สามารถใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อให้การเก็บข้อมูลตรงตามเนื้อหาและปฏิบัติได้ 6) จัดทำทะเบียนรายชื่อ ที่อยู่ของผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการสุ่มตัวอย่างและผ่านเกณฑ์

การคัดเลือกตาม Inclusion criteria และ Exclusion criteria ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมลงนามในแบบฟอร์ม (Informed consent) ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และ 7) การเตรียมสื่อบุคคลโดยการคัดเลือกบุคคลที่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูงทั้งด้านบวกและด้านลบในการถ่ายทอด ประสบการณ์ โดยมี การเตรียมการจากผู้วิจัยก่อนเข้าร่วม กิจกรรม

ขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมตามแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่สร้างขึ้นให้แก่กลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 11 คน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมงแต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมในการดำเนินการและผู้วิจัยสร้างเสริม การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำโดยการตรวจวัดความดันโลหิต จับชีพจร โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบ สัมภาษณ์ 2) ตรวจวัดความดันโลหิต ซ้ำน้ำหนัก และวัดส่วน สูงและลงบันทึกทุกครั้งเข้าร่วมกิจกรรมในแบบบันทึกของ ผู้วิจัย และ 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองตามโปรแกรม คือ กิจกรรมครั้งที่ 1 การ สร้างเสริมการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กิจกรรมครั้งที่ 2 การเสนอตัวแบบ พัฒนาเมนูสร้างชีวิตใหม่ กิจกรรมครั้งที่ 3 การออกกำลังกาย กิจกรรมครั้งที่ 4 การ ผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมครั้งที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมครั้งที่ 6 พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสร้างเสริมสุขภาพตาม โปรแกรมปกติจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลรพชบุรี โดยสอน เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย วัดความดันโลหิต และสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 และในสัปดาห์ที่ 12 และการ ศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม- พฤษภาคม 2563

การพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยเลข ที่ COE 042/2562 ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ โดยพิจารณาด้านต่างๆ กล่าวคือ 1) หลักความ เคารพในตัวบุคคล คือเคารพในการตัดสินใจของผู้ให้ สัมภาษณ์ ต้องยินยอมที่จะให้ข้อมูลยินยอมให้สัมภาษณ์หรือ สนทนากลุ่ม ถ่ายภาพและบันทึกเทปด้วยความสมัครใจ ไม่มี การบังคับหรือยินยอมเพราะเกรงใจ 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ การศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับและการนำผลการวิจัยไปใช้ ให้ผู้ป่วยทราบเพื่อขอความร่วมมือในการให้การสัมภาษณ์ 3) หลักผลประโยชน์ หรือไม่ก่อให้เกิดอันตราย รมิตระวัง ไม่ให้เกิดความผิดพลาด ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทั้ง ร่างกายและจิตใจ ให้ผู้สัมภาษณ์มั่นใจว่าการให้ข้อมูลครั้งนี้ จะไม่มีอันตรายใดๆ ไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ป่วย 4) การ ศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนมีประโยชน์และเป็นไป ได้ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย รวมทั้งด้านสาธารณสุขและสังคมต่อไป 5) การศึกษาครั้งนี้ ได้ออกแบบ และมีวิธีการศึกษาที่เหมาะสม สามารถตอบ คำถามการศึกษาหรือวัตถุประสงค์การวิจัยได้ 6) ดูแลรักษา และเก็บข้อมูลที่ได้ให้เป็นความลับเขียนและเผยแพร่ข้อมูล ตามความเป็นจริง 7) การศึกษาครั้งนี้ไม่ขัดต่อกฎหมายและ ศีลธรรมอันดี และ 8) ผู้วิจัยเขียนและเผยแพร่ข้อมูลตาม ความจริงจากผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความ สมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ที่ลกรหัสเรียบร้อยแล้วไปวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การวิจัยที่ เสร็จเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนอีก ครั้งและลกรหัส ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพข้อมูลลงใน คอมพิวเตอร์ โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรม Epi Data Version 3.0 ด้วยการนำเข้าข้อมูล 2 ครั้ง (Double Entry Data) โดยใช้ ผู้บันทึก 2 คน แล้วนำมาเปรียบเทียบและยืนยันความถูกต้อง และ นำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป และนำข้อมูลทั้งหมดไป วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA Version 10.0

สถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติอนุมาน (Inferential statistics) โดย (1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้โรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตราย ความคาดหวังในความสามารถตนเองในพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความคาดหวังในพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หลังกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว พบว่า ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ทั้ง 3 ตัวแปร (p -value = .861, .447 และ .980 ตามลำดับ) จึงนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ (2) เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างโดยการวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว พบว่า ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ทั้ง 2 ตัวแปร (p -value = .753 และ .450 ตามลำดับ) และ (3) กำหนดระดับนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นชาย จำนวน 32 คน (57.10%) อายุเฉลี่ย 51.89 ปี อายุ

ต่ำสุด 41 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 24 คน (42.90%) รายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 26 คน (46.40%) ผู้ดูแลเป็นสามีและภรรยา จำนวน 32 คน (57.10%) ไปพบแพทย์ตามนัดบางครั้ง จำนวน 29 คน (51.80%) และรับประทานยาตามแผนการรักษาทุกครั้ง จำนวน 26 คน (48.40%) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชาย จำนวน 33 คน (58.90%) อายุเฉลี่ย 50.67 ปี อายุต่ำสุด 40 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 28 คน (50.00%) รายได้เพียงพอ จำนวน 39 คน (69.60%) ผู้ดูแลเป็นบุตร จำนวน 22 คน (39.30%) ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง จำนวน 29 คน (51.80%) และรับประทานยาตามแผนการรักษาทุกครั้ง จำนวน 28 คน (50.00%)

2. หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.21 คะแนน (Mean diff. = 1.21 ; 95%CI : 1.10, 1.30) ; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.05 คะแนน (Mean diff. = 2.05 ; 95%CI : 1.89, 2.20) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.31 คะแนน (Mean diff. = 2.31 ; 95%CI : 2.18, 2.44) ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean (SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
กลุ่มทดลอง	56	2.64(0.17)	1.21(1.10, 1.30)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	56	1.44(0.32)		
การรับรู้				
กลุ่มทดลอง	56	4.12(0.43)	2.05(1.89, 2.20)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	56	2.07(0.40)		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
กลุ่มทดลอง	56	4.31(0.33)	2.31(2.18, 2.44)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	56	1.99(0.34)		

3. หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต (ตัวบน)ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีความดันโลหิต (ตัวบน) ลดลงเท่ากับ 39.42 มิลลิเมตรปรอท (Mean diff.= 39.42 ; 95%CI : 32.08, 46.77) และมีคะแนนเฉลี่ยความ

ดันโลหิต (ตัวล่าง) ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีความดันโลหิต (ตัวล่าง) ลดลงเท่ากับ 53.67 มิลลิเมตรปรอท (Mean diff.= 53.67 ; 95%CI : 46.28, 61.07) ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean (SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
ความดันโลหิต (ตัวบน)				
กลุ่มทดลอง	56	124.73(14.30)	39.42(32.08, 46.77)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	56	164.16(23.67)		
ความดันโลหิต (ตัวล่าง)				
กลุ่มทดลอง	56	70.05(11.68)	53.67(46.28, 61.07)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	56	123.73(25.21)		

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการพัฒนาโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ¹³ ซึ่งพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ; กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และโปรแกรมและเวลาที่มีอิทธิพลร่วมต่อค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง โดยมีค่าลดลงในสัปดาห์แรกกับสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ตามลำดับ¹⁴ ; ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวลดลงและลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹⁵ ; ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่ามัธยฐานของความดันโลหิต ขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Median = 130 และ Median = 80 ตามลำดับ)¹⁶ ; กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม¹⁷; คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตนทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์และการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม¹⁸

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)⁶ ที่ชี้ให้เห็นว่า

การปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้คาดคะเนประโยชน์ที่จะได้หรือรับรู้อุปสรรคในสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมและจัดการอุปสรรคได้ ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อเนื่องได้ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับในอดีตหรือจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อม บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองจากการได้เห็นการกระทำของบุคคลอื่นที่ประสบผลสำเร็จและความคาดหวัง ผลจากการกระทำนั้นๆ มีประโยชน์ต่อตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป การรับรู้ว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนในด้านวัตถุประสงค์ข่าวสารและการเห็นแบบอย่าง ได้เรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ ส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง จึงทำให้เกิดความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ ส่วนค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเป็นผลลัพธ์ในการลดความดันโลหิตที่คาดหวังในทางบวกของบุคคลที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมบริการโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล โรงพยาบาลรพชบุรี จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง ซึ่งการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการเรียนรู้ต่างๆ โดยมุ่งให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ญาติที่ค้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความยาว 30 นาที อ่านและศึกษาคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายด้วยแบบแกว่งแขน และศึกษาจากสื่อบุคคลทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งทางด้านลบเพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคเป็นผู้ป่วยที่ป่วยและประสบปัญหาจากโรคความดันโลหิตสูง และทางด้านบวกเพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีได้รับการปฏิบัติตัวในการดูแล

สุขภาพตนเองเป็นอย่างดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค และมีทักษะในการพูดเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์เป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและความสำคัญของการเป็นสื่อในการถ่ายทอดประสบการณ์ โดยมีการเตรียมประเด็นที่จะเล่าให้สมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมฟัง และนำเสนอรายการอาหารและตัวอย่างอาหารประจำถิ่นที่ควรหลีกเลี่ยง และปริมาณอาหารที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังมีการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม แต่ละกลุ่มกำกับ และติดตามสมาชิกเอง

ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบโดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.21 คะแนน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบโดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.05 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.31 คะแนน นอกจากนั้นยังส่งผลให้หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีความดันโลหิต (ตัวบน) ลดลงเท่ากับ 39.42 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตตัวล่างลดลง ลดลงเท่ากับ 53.67 มิลลิเมตรปรอท

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ ผู้วิจัยสามารถปรับเปลี่ยนรายละเอียดในโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น วิธีการออกกำลังกาย ควรใช้วิธีง่ายๆ เช่น การแกว่งแขน การเดินนับก้าว

2. ผู้วิจัยควรให้ความสำคัญประเด็นการกำกับ และติดตาม ต้องใช้กระบวนการกลุ่มและติดตามเป็นระยะๆ เช่น ระยะแรกอาจเป็นสัปดาห์ละครั้ง ครั้งต่อไปเป็นสองสัปดาห์ต่อครั้ง ในช่วงเว้นจากการติดตามควรติดต่อกับกลุ่มโดยใช้ Line กลุ่มหรือ VDO call จนสิ้นสุดโครงการฯ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน เช่น ผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน สามเณร/ภรรยา ดูแลตนเอง หรือบุคคลอื่นๆ
2. ควรพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตโดยการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman ร่วมกับหลัก 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี และบุคลากรทางการแพทย์คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลราชบุรี ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. A global brief on hypertension [Internet] ; 2013 [cited 2020 January 15] Available from: http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารวันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กรม ; 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2563] . เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable->
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีประมาณ พ.ศ.2561. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และพัฒนางานสาธารณสุข; 2561.
4. โรงพยาบาลราชบุรี. สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, 2561 : 20-1.
5. ศิริพร ชัมภลิจิต, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, นันทวัน สุวรรณรูป, รัชณี สรรเสริญ, ประภาพร จินันท์ยา. คู่มือการสอนการส่งเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ใน : ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ; 2545.

6. Pender, N. J. Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Hartford, CT : Appleton & Lange ; 1987.
7. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2553.
8. อ่ำพล จินดาวัฒน์. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; 2551.
9. กุณนที พุ่มสงวน. สุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาล ทหารบก 2557 ; 15 (2) : 10-4.
10. อรุณ จิรวัดณ์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒนา; 2558.
11. คณิตตา อินทบุตร. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารสคร.9 ตุลาคม 2562-มกราคม 2563 ; 26(1) : 73-83.
12. จิตชนก หัสดี. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
13. ปิยรัตน์ ชลสินธุ์, จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, นริมาลัย นีละไพจิตร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ. ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตต่อความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ ปริมาณโซเดียมที่ได้รับ และระดับความดันโลหิต ของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล 2559 ; 31(4) : 64-75.
14. อรทัย หงส์ศิลา, มณี อาภานันท์กุล, พรทิพย์ มาลาธรรม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อ ความรู้พฤติกรรมดูแลตนเอง และความดันโลหิตในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารสภาการพยาบาล 2561 ; 33(2) : 110-30.
15. คณิงนิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, จุฑามาต กิติศรี. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพยาบาลสาร 2561 ; 45(1) : 37-49.
16. วิชชา เห็นแก้ว, เบญจมาศ ถาดแสง, มณี กิติศรี, ฉัตรชัย ไวยะกา. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2560 ; 44 (ฉบับพิเศษ 2) : 60-70.
17. วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์, จันทร์จิรา อินจีน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560 ; 29 (1) : 153-165.
18. วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา, สุภาพร แนวนบุตร, ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2562 ; 46(2) : 95-107.

**ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โดยใช้กิจกรรม “DM day camp” โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด**
**The Effect of Behavior Changes Program on Adults with Type 2 Diabetes
(T2DM) using the Activity “DM day camp” Phon Thong Hospital, Roi Et**

สุภาพรณ์ คุณาเอก*

Supaporn Kunaeg

Corresponding author : E-mail : supa.ku@hotmail.com

(Received: November 19, 2020 ; Revised : November 24, 2020 ; Accepted : December 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กิจกรรม “DM day camp”

รูปแบบการวิจัย : Quasi-experimental study design ; The Pretest-posttest design with non-equivalent groups

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 42 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการทำกิจกรรมตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Descriptive statistics และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวสำหรับการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001, .001, .001, .001$ ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.09, 2.18, 2.85 และ 2.42 คะแนน (Mean diff. = 6.09 (95%CI : 5.34, 3.76) ; 18 (95%CI : 2.00, 2.35) ; (Mean diff. = 2.85 (95%CI : 2.38, 2.79) ; (Mean diff. = 2.42 (95%CI : 2.26, 2.58) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar: FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001, .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 1.67 mg% และ 31.81 mg% (Mean diff. = 1.67(95%CI : 0.91, 2.42) ; (Mean diff. = 31.81(95%CI : 26.59, 37.03) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ; ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ; DM day camp

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ABSTRACT

Purpose : To compare knowledge about diabetes, self-efficacy, expectation of self-care, practices, Blood sugar levels (FBS) and the accumulated sugar level in the blood (HbA1c) for adults with type 2 diabetes (T2DM) using the activity “DM day camp”.

Research design : We conducted a quasi-experimental study design ; The Pretest-posttest design with non-equivalent groups.

Methods and methods : 84 of participants with type 2 diabetes (T2DM) who came to be examined at Diabetes Clinic at Phon Thong Hospital. Using a 2-group, It was divided into a experimental group and a comparison group each of 42 of participants. The experimental group received a behavior modification program, and the comparison group received normal activities, 12 weeks processing time. Data were collected using interviews and records. The data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test at the statistical significance level of .05

Main findings : After intervention, the experimental group had mean score of knowledge about diabetes, self-efficacy, expectation of self-care, practices rather than the comparison group ($p < .001$, .001, .001, .001, respectively) with an increase in mean score equal to 6.09, 2.18, 2.85 และ 2.42 คะแนน (Mean diff.= 6.09 (95%CI : 5.34, 3.76) ; 18 (95%CI : 2.00, 2.35) ; (Mean diff.= 2.85 (95%CI : 2.38, 2.79) ; (Mean diff.= 2.42 (95%CI : 2.26, 2.58), respectively, and a mean score of Fasting blood sugar (FBS) and cumulative blood glucose (HbA1c) were a lower than a comparison group ($p < .001$, .001), with a lower mean score of 1.67 mg% and 31.81 mg. % (Mean diff. = 1.67 (95% CI: 0.91, 2.42) ; (Mean diff. = 31.81 (95% CI: 26.59, 37.03), respectively.

Conclusions and recommendations : Findings are increased a knowledge about diabetes, self-efficacy, expectation of self-care, practices, and Fasting blood sugar (FBS) and cumulative blood glucose (HbA1c) are decreased.

Keywords ; Behavior Changes ; Diabetics Mellitus type 2 ; DM day camp

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันพบว่าอัตราการความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต กล่าวคือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบต่อในการดูแลตนเอง ทักษะทางการพยาบาล เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นกุญแจสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนกระทำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและความเจ็บป่วย¹ การช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้มีความสามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดีแม้มีข้อจำกัดทางร่างกาย ได้มีการพัฒนากลยุทธ์ที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ แต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับและข้อจำกัดแตกต่างกัน² ลักษณะการให้ความรู้ในงานวิจัยพบว่า เป็นรูปแบบของการสอนซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญสูงหรือมีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเพียงผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามไม่ได้มีส่วนในการควบคุมตนเอง³ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ไม่สมบูรณ์

โรคเบาหวานจึงเป็นโรคที่มีแนวโน้มมีอัตราป่วยและอัตราการตายเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีอัตราป่วยโรคเบาหวานในชุมชนเมืองมากกว่าชนบท ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งทางตา ไต เท้า สมอ หัวใจ หรืออาจหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ติดเชื้อง่าย หลอดเลือดในสมอง ตีบหรือแตก มีทั้งกระทบโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สุขภาพรวมทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเกิดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพสูงขึ้น^{4,5,6,7}

ปัจจุบันโรคมีติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งโรคที่มีอัตราผู้ป่วยและเสียชีวิตมากที่สุด 6 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง โรคอ้วนลงพุง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วย

โรคเบาหวานในประเทศไทยพบความชุกในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557⁸ คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2583 จากข้อมูลปี พ.ศ. 2559 จำนวนประชากรไทยที่เป็นโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน⁹ มี 2.70 ล้านคนหรือร้อยละ 57.0 ที่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 97.0 ของผู้ได้รับการวินิจฉัยได้รับการดูแลรักษา แต่มีเพียง 9 แสนคน หรือร้อยละ 35.6 ของผู้ที่ได้รับการดูแลรักษาบรรลุเป้าหมายการรักษา ซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติ การวัดระดับ HbA1c เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมา การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีหรือมีระดับ HbA1c สูงเกินร้อยละ 7 จะสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน¹⁰ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีและไม่ได้รับการรักษาที่เพียงพออาจส่งผลเสียที่สำคัญต่อผู้ป่วยโดยอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระบบ เช่น โรคตา โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการถูกตัดเท้าหรือขา ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 โรคขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 18.5 เท่า¹¹ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลงโดยการลดระดับ HbA1c เพียงร้อยละ 1.0 สามารถช่วยลดความเสี่ยงของอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานร้อยละ 21.0 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 14.0 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 37.0¹⁰

เช่นเดียวกับรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลโพ้นทองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 718, 774 และ 802 ราย ตามลำดับจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คิดเป็นร้อยละ 14.48, 11.37 และ 9.98 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งอำเภอจำนวน 1,462, 1,551 และ 1,717 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 24.14, 23.94 และ 28.10 และผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี พ.ศ.2560-2562 จำนวน 781, 988 และ 702 ราย ส่วนผลกระทบที่เป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ จำนวน 4,015,005,

4,957,361 และ 4,880,101 บาท หรือเฉลี่ย 633.09, 765.38 และ 798.84 บาทต่อคนต่อปี¹² จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นวิธีการที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าส่วนใหญ่เป็นการจัดให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบของโครงการและมีการประเมินผลโครงการ โดยวิธีการสอนสุขศึกษาและกิจกรรมกลุ่ม มีรายงานไม่มากนักที่จัดในรูปแบบของค่ายเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2¹³ และเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโพนทองยังขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรม การดูแลตนเอง จึงมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการเข้าค่ายจะเป็นการพัฒนาสมรรถนะและนำไปสู่การปฏิบัติ การเข้าค่ายมีทั้งแบบพักค้างแรม และไม่ค้างแรมหรือค่ายกลางวัน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการเรียนรู้ และฝึกทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ กิจกรรมค่ายเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยที่เข้าค่ายเกิดความสุข สนุกสนาน มีความปลอดภัยได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อน ประสบการณ์การช่วยเหลือตัวเอง และช่วยเหลือเพื่อน ได้เพื่อนใหม่ได้รับความรู้ใหม่ๆ รวมทั้งทักษะในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติ การดูแลตนเองอย่างได้ผล^{14,15}

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองเกิดจากการกระทำการแสดงออก การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลและด้านการฟื้นฟูสุขภาพจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้¹⁶ จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และความเข้าใจในเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตั้งแต่ตอนที่ยังไม่เจ็บป่วยเพื่อบำรุงรักษาตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง รู้จักที่จะป้องกันตัวเองมิให้เกิดโรคและเมื่อเจ็บป่วยก็รู้วิธีที่จะรักษาตัวเองเบื้องต้นจนหายเป็นปกติ หรือรู้ว่าเมื่อไรต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โอเร็ม (Orem)¹⁷ กล่าวได้ว่าโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคด้านการ รักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด เลิกการสูบบุหรี่ หรือการไม่สูบบุหรี่ การปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลง และการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและคนในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลสุขภาพจึงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีสุขภาพจิตใจดี อารมณ์ดี และมีสุขภาพดี ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁸

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar: FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กิจกรรม “DM day camp” โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความตระหนักถึงความรู้ความสำคัญในการรักษา และควบคุมโรค ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่ดีขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparision group) ออกแบบการวิจัย

เป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-posttest design with non-equivalent groups) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ

จะได้รับโปรแกรมปกติตามเดิม โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกชุดเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามแผนการวิจัย ดังต่อไปนี้



โดยกำหนดให้

- O1, O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- O3, O4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง
- X หมายถึง โปรแกรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประชากรศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลโพนทอง ตามเกณฑ์ ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด 2) ควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้ามากกว่า 126 มก./ดล.อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป และไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่น 3) มีอายุระหว่าง 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 4) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น และอ่านออกเขียนได้ และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ จนสิ้นสุดการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน 2) ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโพนทอง

2.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาในการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่ม

ประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน¹⁹

$$\text{จากสูตรการคำนวณ } n/\text{Group} = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

- n คือ ตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม
- Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และเป็นการทดสอบสมมติฐานทางเดียว ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$
- Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน กำหนดให้อำนาจในการทดสอบ power of test = 90 % ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$
- Δ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย $\mu_1 - \mu_2$
- σ^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับยารักษา) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของไชยา ทำแดงและนิทรากิจธีระวุฒิมังษ์²⁰ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับน้ำตาล

ในเลือด และระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 43 คนกลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน หลังการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลกลูโคสสะสมเม็ดเลือดแดง (Mean= 6.75 mg% (SD.=1.14) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Mean=7.95 mg% (SD.=1.28) ดังนั้น ถ้ากำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ 5% และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 90% จะใช้จำนวนตัวอย่างในการทดลองเท่ากันหรือใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ได้

โดยจะหาค่าความแปรปรวนของการทดลองก่อนแล้วจึงนำค่าที่ได้ไปหาขนาดตัวอย่างดังนี้

$$\text{จากสูตรคำนวณ } \sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

แทนค่าในสูตร (ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง)

$$\sigma^2 = \frac{(43 - 1)(1.14)^2 + (43 - 1)(1.28)^2}{43 + 43 - 2}$$

$$= 1.65$$

จากนั้นนำค่าความแปรปรวนที่ได้มาคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\text{แทนค่า } n/\text{Group} = \frac{2(1.64+1.28)^2(1..65)}{(6.17-7.95)^2}$$

$$= 22.70 \text{ ประมาณ } 23 \text{ คน}$$

การปรับขนาดตัวอย่างในกรณีผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (Drop out) เพื่อให้การสรุปผลการศึกษามีผลโดยตรงต่อ Statistical precision หรือ power ที่กำหนดไว้ ถ้ามีผู้ที่เป็นตัวอย่างบางส่วนตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม จึงมีการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษา¹⁹

$$\text{สูตรการคำนวณ } n_{\text{adj}} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการตกสำรวจ หรือ

สัดส่วนการสูญหาย (Drop out) จากการติดตามในการศึกษาครั้งนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 คน และคาดว่ามีการตกสำรวจร้อยละ 25

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n_{\text{adj}} &= \frac{n}{(1 - R)^2} \\ &= \frac{23}{(1 - .25)^2} \\ &= 41.07 \end{aligned}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง 42 คน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 42 คน รวมทั้งสิ้น 84 คน

2.2 การสุ่มเลือกตัวอย่างที่ทำการศึกษา สุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม (Randomization) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลโพนทองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ และประวัติศาสตร์ใกล้เคียงกัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมตรงตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด ประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือกตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน (20 ข้อ) คะแนนเต็ม 20 คะแนนการแปลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมน้ำหนักและการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำถามมีในด้านบวกโดยประยุกต์มาจากมาตราวัดประมาณค่าของลิเคอร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค ด้านการรับรู้ ความคาดหวัง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 , 0.81 และ 0.81

ตามลำดับ และ 2) แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต และ ชีพจร

3.2 เครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กลวิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ประกอบด้วย การให้ความรู้เมื่อเป็นเบาหวาน การฝึกออกกำลังกาย การเสนอตัวแบบด้านบวก คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมน้ำหนัก เล่าประสบการณ์ตรงในด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และอุปสรรคในการดูแลตนเอง และการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม 2) แบบบันทึกการตรวจร่างกาย เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว ความดันโลหิต ชีพจร 3) แบบบันทึกการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกการรับประทานอาหาร แบบบันทึกการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง โดยให้นำแบบบันทึกการดูแลตนเองไปบันทึกที่บ้าน เป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการดูแลตนเองและใช้พิจารณาควบคู่กับแบบสอบถาม และ 4) อุปกรณ์ที่ใช้ประเมินสภาวะทางร่างกาย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตสูง เครื่องชั่งน้ำหนักตัว สายวัดรอบเอว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ โดย 1) นำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพหนองเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย 2) ขอความร่วมมือจากแพทย์และหัวหน้าพยาบาล ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวานในการดำเนินการทำวิจัย 3) ติดต่อประสานงานกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ประจำคลินิกโรคเบาหวานเพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และ 4) จัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะใช้ในการดำเนินการกิจกรรมการวิจัย

2. ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดการกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สร้างขึ้นให้

แก่กลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน โดยใช้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง ชั้นที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังการทดลองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและแบบบันทึกการดูแลตนเองโดยให้ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง ลงบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา และชั้นที่ 2 การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า FBS การตรวจหาค่า HbA1c ซึ่งเป็นการตรวจหาค่าฮีโมโกลบินที่ถูกกลูโคสจับ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ความดันโลหิตทุกครั้ง ที่เข้าร่วมกิจกรรม จัดกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม จัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม Walk rally กิจกรรมสัมพันธ์ กิจกรรมการกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมประเมินเป้าหมาย การกำกับ และติดตามและประเมินผล คั้นข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยเก็บข้อมูลลักษณะทางประชากร ทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดแล้วให้สุศึกษารายบุคคลตามปกติ แล้วเก็บข้อมูลหลังการทดลองในอีก 12 สัปดาห์ต่อมา

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนคือ

1) ขั้นเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ หลังจากที่ได้ผู้วิจัยได้ดำเนินการกิจกรรมการทดลองตามที่กำหนดไว้ และรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว จึงดำเนินการเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05

2) ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละส่วนดังนี้ คือ (1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และ (2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดแล้ว ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับจริยธรรมในการวิจัยโดยพิจารณาจากด้านต่างๆ คือ 1) เสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2) หลักความเคารพในตัวบุคคล คือ เคารพในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ต้องยินยอมในการให้ข้อมูลหรือสนทนากลุ่ม ถ่ายภาพ โดยความสมัครใจ 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและการนำผลการวิจัยไปใช้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 4) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนมีประโยชน์ และเป็นไปได้ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไป 5) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบ และมีวิธีการศึกษาที่เหมาะสม สามารถตอบคำถามการวิจัยหรือวัตถุประสงค์การวิจัยได้ 6) ผู้วิจัยดูแลและเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ เขียนและเผยแพร่ข้อมูลตามความเป็นจริง 7) การศึกษาครั้งนี้ไม่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมอันดี 8) การเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วยจึงได้ออกแบบยินยอมที่จะเจาะเลือดให้ผู้เข้าร่วมได้ลงลายมือไว้ก่อนการเจาะเลือดทุกครั้ง 9) การเก็บข้อมูลเป็นความลับ กรณีนำไปเปิดเผยจะนำเสนอสรุปเป็นภาพรวมหรือใช้นามสมมติแทนเท่านั้น ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล 10) ขณะเข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อสอบถาม

ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และ 11) ระหว่างการวิจัยผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นหญิง 23 คน (54.80%) อายุเฉลี่ย 55.31 ปี สถานภาพสมรสคู่ 25 คน (59.50%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 19 คน (45.20%) ประกอบอาชีพเกษตรกร 20 คน (47.60%) รายได้ไม่เพียงพอ 29 คน (69.00%) และได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 15 คน (35.70%) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นหญิง 23 คน (54.80%) อายุเฉลี่ย 57.02 ปี สถานภาพสมรสคู่ 23 คน (54.80%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 20 คน (47.60%) ประกอบอาชีพเกษตรกร 24 คน (57.10%) รายได้ไม่เพียงพอ 26 คน (61.90%) และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 15 คน (35.70%)

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 6.09 คะแนน (Mean diff. = 6.09 (95%CI : 5.34, 3.76) ; คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 2.18 คะแนน (Mean diff. = 2.18 (95%CI : 2.00, 2.35) ; คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่าเท่ากับ 2.18 คะแนน (Mean diff. = 2.85 (95%CI : 2.38, 2.79) ; คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 2.42 คะแนน (Mean diff. = 2.42 (95%CI : 2.26, 2.58) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองความคาดหวังในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean (SD.)	Mean diff.(95%CI)	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
กลุ่มทดลอง	42	16.92(1.47)	6.09(5.34, 3.76)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	10.83(1.93)		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
กลุ่มทดลอง	42	4.62(0.40)	2.18(2.00, 2.35)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	2.44(0.40)		
ความคาดหวังในการดูแลตนเอง				
กลุ่มทดลอง	42	4.71(0.38)	2.85(2.38, 2.79)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	2.12(0.55)		
การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง				
กลุ่มทดลอง	42	4.60(0.26)	2.42(2.26, 2.58)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	2.18(0.46)		

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 1.67 mg% (Mean diff.= 1.67 (95%CI : 0.91, 2.42) และคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 31.81 mg% (Mean diff.= 31.81 (95%CI : 26.59, 37.03) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff. (95%CI)	p
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)				
กลุ่มทดลอง	42	7.51(1.15)	1.67(0.91, 2.42)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	9.19(2.16)		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)				
กลุ่มทดลอง	42	105.62(12.88)	31.81(26.59, 37.03)	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42	137.43(11.11)		

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐมที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.ของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์บุหรี และสุรา หลังการทดลองสูงเพิ่มขึ้น²¹; กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายเป็นประจำสูงกว่าก่อนการทดลอง²²; กลุ่มทดลองมีความคาดหวังผลลัพธ์สูงกว่าก่อนทดลอง และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม²³; บุคคลจะเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้เมื่อประสบความสำเร็จในการกระทำ ซึ่งประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน²⁴; สามารถปรับพฤติกรรมปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคด้วยตนเอง²⁵

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงเท่ากับ 1.67 mg% และคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเท่ากับ 31.81 mg% พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งใช้โปรแกรมกิจกรรมค่ายเบาหวานกลางวันเป็นกิจกรรมการจัดค่ายเบาหวานที่จัดตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองระยะเวลาในการจัดค่าย 3 วัน แบบเข้าไป-เย็นกลับกิจกรรมค่ายประกอบด้วยทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการฝึกทักษะการดูแลตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ต้นแบบ (ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่มีความมุ่งมั่นและตั้งใจใน

การดูแลตนเอง จนประสบความสำเร็จและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้) การช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มในการวางแผนเป้าหมายและการวางแผนแก้ปัญหาในการดูแลตนเอง และกิจกรรมการเดินแรลลี่ พบว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า มากกว่ากลุ่มควบคุม²⁵; ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ²⁶ ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองค่าเฉลี่ยระดับเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานคือ 8.78 ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ในเดือนที่ 3 และ 6 ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับเอวันซี เท่ากับ 7.81 และ 7.90 ตามลำดับผลการทดสอบที่ ระดับเอวันซีลดลง²⁷

การที่ผลการวิจัยปรากฏดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมกลุ่ม จัดกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วยกลวิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ประกอบด้วยทำให้ความรู้เมื่อเป็นเบาหวาน การฝึกออกกำลังกาย การเสนอตัวแบบด้านบวก คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมน้ำหนักเล่าประสบการณ์ตรงในด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและอุปสรรคในการดูแลตนเอง และการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม แบบบันทึกการตรวจร่างกายเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว ความดันโลหิตชีพจร แบบบันทึกการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกการรับประทานอาหาร แบบบันทึกการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการรับประทานยาด้วยตนเอง โดยให้แบบบันทึกการดูแลตนเองไปบันทึกที่บ้าน เป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการดูแลตนเองและใช้พิจารณาควบคู่กับแบบสอบถาม และอุปกรณ์ที่ใช้ประเมินสภาวะทางร่างกายได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตสูง เครื่องชั่งน้ำหนักตัว สายวัดรอบเอว การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองภายในกลุ่มและการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน การสังเกตตัวแบบ แรงจูงใจจากผู้วิจัยและทีม ฝึกทักษะการวางแผน การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองและเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการเข้าค่ายเบาหวานมีการกำกับ และติดตามการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลเท้า

เป็นกลุ่มเล็ก โดยการเยี่ยมบ้าน คั้นข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนั้นจึงส่งผลให้ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนควรนำโปรแกรมการจัดกิจกรรมโดยใช้กิจกรรม “DM day camp” ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการควบคุมโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมในการดูแลตนเองเรื่องการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

1.2 ขยายผลโดยการประสานงาน สนับสนุนและเผยแพร่การจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กิจกรรม “DM day camp” ในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อช่วยควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเผยแพร่ไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ

1.3 การติดตามให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านกิจกรรมร่วมกันเป็นระยะๆ ทุกสัปดาห์ในระยะแรก เพื่อจะได้ทบทวนความรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ปฏิบัติที่บ้าน รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้แน่นอน และเพื่อพัฒนาระดับการรับรู้ความสามารถให้เต็มที่ และการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะ 2-3 เดือนหลัง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเตรียมทีมบุคลากรในการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กิจกรรม “DM day camp” โดยจัดให้มีการฝึกอบรมผู้จัดกิจกรรมค่ายเบาหวานตามแบบโปรแกรมการวิจัยในเรื่องนี้

2.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กิจกรรม “DM day camp” ในชุมชน โดยมีการประสาน

งานเครือข่ายกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณและสถานที่จัดกิจกรรม

2.3 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อการตรวจสอบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กิจกรรม “DM day camp” สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้จริง โดยการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าดูผลฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยโดยการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กิจกรรม “DM day camp” แล้ว โดยใช้เวลาศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากเป็นระยะเวลาของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance stage)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทองที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ สำหรับการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน เครือข่ายในชุมชน และบุคลากรคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโพนทองที่ให้ความร่วมมือองงานวิจัยในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : องค์ความรู้ของศาสตร์ทางการพยาบาล. ใน : ประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ เรื่องการวิจัยทางการพยาบาล : นวัตกรรมเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า ครั้งที่ 2 ประจำปี 2544 ; วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 ; ณ โรงแรมแอมบาสเตอร์ กรุงเทพมหานคร ; 2544.

2. อรุา สุวรรณรักษ์. การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2542.

3. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปี พุทธศักราช 2546. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2546.
4. Chinnawong T. Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension in a community. *Songklanagarind J Nurs.* 2017 ; 37(1) : 148-57. (Thai)
5. Adler, A., Erqou, S., Lima, T.A, and Robison, A.H. Association between glycated hemoglobin and the risk of lower extremity amputation in patients with diabetes mellitus-review and meta-analysis. *Diabetologia* 2010 ; 53(5) : 840-9
6. World Health Organization. Global report on diabetes 2016. [Internet]. 2016 [cited 2020 May 8]. Available from : <https://bit.ly/2MiG6hP>
7. American Diabetes Association. Diabetes care at diabetes camps. *Diabetes Care* 2000 ; 29(1) : 56-8.
8. Thai National Health Examination Survey V Study Group. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthaburi, Thailand : National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute, 2016.
9. Rangsin R, MedResNet. An assessment on quality of care among patients diagnosed with type 2 diabetes and hypertension visiting hospitals of Ministry of Public Health and Bangkok Metropolitan Administration in Thailand. Bangkok, Thailand : National Health Security Office, 2014.
10. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macro vascular and Micro vascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35) : prospective observational study. *British medical journal.* 2000 ; 321 : 405-12.
11. Susmita Chatterjee, Arthorn Riewpaiboon, Piyanch Piyauthakit, Wachara Riewpaiboon, Kuanoon Boupajit, Niphaphat Panpuwong, et al. Cost of diabetes and its complications in Thailand : a complete picture of economic burden. *Health and Social Care in the Community* 2011 ; 19(3): 289-98.
12. โรงพยาบาลโพนทอง. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี 256-2563. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2563.
13. อุษา ทศนวิน, อธิรุช ห่านิรติศัย, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. ผลของการเข้าค่ายเบาหวานกลางวันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล* 2553 ; 25(1) 53-66.
14. Brink, S.J. Diabetes camping and youth support programs. In : Lifshitz F, ed. *Pediatric Endocrinology* 1996: 671-6.
15. American Diabetes Association. Approaches to glycemic treatment. *Diabetes Care* 2015 ; 38 (Suppl 1) : 141-8.
16. Bandura, A. Self efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review* 1977 ; 84 : 191-215.
17. Orem, D.E. *Nursing Concepts of Practice.* 2nd ed. New York : Mc Graw Hill Book. 1980.
18. ภรณ์ ดั่งสุรัตน์, วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย* 2556. 20 (1) : 57-69.
19. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
21. รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศนีย์. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน* ธันวาคม 2559 - มกราคม 2560 ; 12 (1) : 17-29

22. ไชยรัตน์ มุลมณี, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, กวี ไชยศิริ. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา 2558 ; 2(1) : 67-76.
23. อัมมร บุญช่วย. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 3 (2) : 231 - 244. 2558
24. Bandura, A. Social foundation of thoughts and action: A social cognitive theory. Englewood Clifts, NJ : Prentice-Hall ; 1986.
25. Lorig, K.R. and Halman, H.R. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. Annals of Behavioral Medicine 2003 ; 26(1) : 1-7.
26. เพ็ญบุญญา สัตยสมบูรณ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจรวิทยาเขตแพร่ 2563; 6(1) : 165-79.
27. สมคิด สีหสิทธิ์, ชนิกันต์ คุณวิภูศิกุล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล 2555 ; 61(3) : 9-16.

การพัฒนาาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น
The Development of Triage System in Emergency Department at
Phon Hospital, Khon Kaen Province

เยาว์รัฐฐ์ วิชัยมงคล*

Yaovarat Wichaiyamonkol

Corresponding author : E-mail : Yao.2459@gmail.com

(Received : November 19, 2020 ; Revised : November 24, 2020 ; Accepted : December 15, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสภาพปัจจุบัน พัฒนาระบบการคัดกรอง และศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาคัดกรองงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย แบบสำรวจความพึงพอใจ แบบบันทึกการสังเกต แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง และแบบบันทึกระยะเวลาแต่ละขั้นตอน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : ปัญหาสภาพปัจจุบัน พบว่า การคัดกรองไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแล ช่วยเหลือ และวินิจฉัยล่าช้า ไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ขาดทักษะการปฏิบัติงาน เหนื่อยล้าเนื่องจากภาระงาน การปฏิบัติงานไม่ได้ตามมาตรฐาน จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ระยะเวลาให้บริการผู้ป่วยแต่ละรายมาก การส่งต่อผู้ป่วยหลัง รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน (Admit) ภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น และหน่วยงานถูกร้องเรียน ระบบการคัดกรองมี 3 ขั้นตอน คือ 1) การคัดกรองเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือ Apple Phon Hospital คือ (1) การใช้ Application to talk and Translate (2) Picture (3) Line Video Call และ (4) Emotion 2) การจัดระดับความรุนแรง 5 ระดับ (1) ระดับ 1 ผู้ป่วยที่ต้องช่วยชีวิตทันที (2) ระดับ 2 ฉุกเฉินมาก (3) ฉุกเฉิน (4) กึ่งฉุกเฉิน (5) ผู้ป่วยทั่วไป และ 3) การแบ่งโซนรับผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงผู้ป่วย ผลลัพธ์การพัฒนา พบว่า การบันทึกการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองโดยรวม (97.3 %) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบการคัดกรองฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และมาก (Mean=4.57, SD=0.37) และ (Mean=4.27, SD=0.41) และผลลัพธ์การเข้าถึงผู้ป่วย Stroke, STEMI, Traumatic brain injury (TBI), Sepsis และการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป พบว่า ส่วนใหญ่บรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ผลส่งให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการคัดกรอง ; ผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ABSTRACT

Objectives : To study the current situation of problems, develop a triage system and to study the effectiveness of the development of accident-emergency on triage system at Phon Hospital, Khon Kaen province.

Research design : This study was conducted as a action research.

Materials and methods : The samples were registered nurses., and 20 of registered nurse and emergency medical technician who were qualified according to inclusion and exclusion criteria. Data were collected using the patient triage record form, satisfaction survey, practice observation record form, risk incidence record, and the time record form for each step. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and percentage difference.

Main findings : Problem of current condition found that a triage system was incorrect emergency patients received intervention, delayed and incorrect diagnosis, lack of operational skills, fatigue on work of conditions performance was substandard, number of patients increases, a long time of service for each patients, and risk of complaints to complaint officer. 3 of triage system were 1) triage on Apple Phon Hospital by (1)application to talk and translate (2) picture (3) line video call, and (4) emotion, 2) 5 of level on Severity; resuscitation ,emergency, urgent,semi-urgent, non-urgent, and 3) zoning for patients based on severity. Outcomes of development showed that the overall triage system (97.3%) was recorded by the staff, service providers and clients satisfied with the triage system. Overall, it was the highest and highest (Mean = 4.57, SD = 0.37) and (Mean = 4.27, SD = 0.41). The results of access to patients with stroke, STEMI, traumatic brain injury (TBI), sepsis and incidence of risk of level E and above were found that the majority of key performance indicators were met.

Conclusion and recommendation : The results of this research was resulted in increased patient to access emergency medical service.

Keywords : Triage System ; Emergency department

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้นิยามความปลอดภัยของ ผู้ป่วย (Patient Safety) ว่าเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากบริการสุขภาพ ในระดับที่ยอมรับได้¹ ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการ ดำเนินการเพื่อลดอุบัติเหตุการณ์ ผลกระทบของความเสี่ยง ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ในการดูแลด้าน ความปลอดภัย เพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นระบบที่เชื่อถือ ได้รวมถึงเป็นการฟื้นฟูความเสียหายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบ บริการสุขภาพในขณะที่การให้บริการผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินซึ่งเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล เป็นหน่วยงาน ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่มี ระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ตั้งแต่มีความรุนแรงมากมี โอกาสรอดชีวิตน้อยจนถึงไม่รุนแรงทั้งในภาวะปกติและ ภาวะที่เกิดภัยพิบัติ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับ บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความท้าทายหลาย ประการเนื่องจากเป็นกระบวนการดูแลที่ต้องเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ เพราะบางโรค บาง ภาวะ การพยากรณ์โรคขึ้นกับเวลาที่ได้รับการดูแลรักษา² และการดูแลผู้บาดเจ็บแรกรับที่ห้องฉุกเฉินถือว่าเป็นช่วง เวลาที่สำคัญที่สุดถือเป็น Golden period³ อีกทั้งปัจจุบัน พบว่าการวินิจฉัยที่รวดเร็วและการดูแลรักษาอย่างทันทั่วถึง ที่ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและ ความพิการ รวมทั้งเน้นความต่อเนื่องในการรักษารวมถึงการ จัดลำดับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ อย่างรวดเร็วที่เรียกว่า Fast tract guide ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อ ย่นระยะเวลาในการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมถึงการคัด แยกผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษา⁴ ดังนั้น การตัดสินใจช่วย เหลือที่รวดเร็วและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและตรง ตามมาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ใช้บริการ ฌ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องการ^{5,6,7}

การคัดกรองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในผู้ป่วย ฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บ เป็นการคุ้มครองประชาชนในเรื่อง สาธารณสุขและสุขภาพรองรับ การจัดตั้งประชาคมอาเซียน ภายในปี พ.ศ.2558 ประเทศไทยได้ปรับแผนยุทธศาสตร์ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภาวะปกติ และภัยพิบัติ ได้แก่ การ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่

ประชาชน ทั้งในสถานการณ์ปกติและภาวะภัยพิบัติต่อไป กลจักรสำคัญที่จะนำไปสู่เป้าประสงค์ดังกล่าวคือ การ พัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างยั่งยืน⁸ ดังเช่น สถานการณ์การคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินในต่างประเทศมีการ ปฏิบัติที่แตกต่างกันหลากหลายรูปแบบ โดยแต่ละแห่งจะ ใช้เจ้าหน้าที่ต่างๆกันมีตั้งแต่พนักงานทำความสะอาด พนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ห้องยา เจ้าหน้าที่รักษา ความปลอดภัย พยาบาลและแพทย์⁹ เช่น ประเทศสวีเดน พบว่าการคัดกรองยังใช้มาตรวัด ระดับความรุนแรงที่หลากหลายตั้งแต่ 3 ระดับจนถึง 5 ระดับ ใช้พยาบาลวิชาชีพในการ คัดกรอง ผู้ป่วยที่มาโดยรถพยาบาลฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วย ที่เดินทางมาเองจะใช้บุคลากรอื่นๆ ช่วยในการคัดกรองเช่น ผู้ช่วยพยาบาล เสมียน¹⁰ ส่วนในบางประเทศที่มีการพัฒนาระบบการคัดกรองมาเป็นอย่างดีและเป็นที่ยอมรับก็อาจ พัฒนาไปสู่ระบบการคัดกรองระดับชาติ เช่น ในประเทศ อังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา เขตปกครองพิเศษฮ่องกง เป็นต้น ซึ่งมีระบบการคัดกรองมาตรฐานที่ทุกโรงพยาบาล หรือสถาบันยึดถือเป็นแบบเดียวกันในการที่จะใช้อ้างอิงได้ ทั่วทุกโรงพยาบาลในประเทศ และใช้การคัดแยก 5 ระดับ นอกจากนั้นยังมีการจัดหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลที่จะ ทำการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ทักษะของการซักประวัติและ ตรวจร่างกายเพื่อให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยได้แม่นยำเหมาะสมและยังมีระบบการตรวจสอบการคัดแยกผู้ป่วยโดย พยาบาลห้องฉุกเฉินที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย¹¹

เช่นเดียวกับรายงานการสำรวจของศูนย์อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจาก 15 ล้านครั้งในปี พ.ศ.2559 เป็น 30 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2562 โดยที่บุคลากร และอัตราการกำลังในการให้บริการมีส่วนที่ไม่เพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งสถาบันทางการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ประกาศหลัก เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและ มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 (National Institute of Emergency Medicine,2015) แต่ถึงแม้มี ประกาศดังกล่าว ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้ในแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉินของประเทศไทยยังมีรูปแบบที่หลากหลายทั้งการกำหนดเกณฑ์ระดับความรุนแรงและสัญลักษณ์ ของสี ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ใช้และผู้รับบริการ

จึงมีการปฏิบัติในโรงพยาบาลให้มีการคัดแยกผู้ป่วยโดยเกณฑ์การคัดแยกที่แตกต่างกันไปมีการใช้การคัดแยกผู้ป่วยเป็นระดับตั้งแต่ 3 ระดับ ถึง 5 ระดับ แนวปฏิบัติในแต่ละโรงพยาบาลก็มีความแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นใช้เครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ (Khon Kaen emergency severity index)¹² บางแห่งพัฒนาเครื่องมือเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น¹³

ในทำนองเดียวกันสถานการณ์ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพล พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการในงานปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวน 61,094 60,146 และ 47,103 ตามลำดับ เฉลี่ย 167, 164 และ 129 ราย/วัน จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแต่ละวันมีเป็นจำนวนมากขึ้น การดำเนินงานที่ผ่านมางานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพลได้พัฒนาเครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาโดยตลอด ในปี พ.ศ.2553 ได้พัฒนาเครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ และได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติจนถึงปัจจุบัน แต่ก็ยังพบว่าระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน เช่น การใช้เกณฑ์ประเมินคัดกรองผู้ป่วย เจ้าหน้าที่แต่ละคนยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน จึงทำให้การคัดแยกระดับผู้ป่วยผิดพลาด และขาดความชัดเจนประเด็นที่สำคัญ เช่น การใช้ข้อมูลความรู้ด้านวิชาการในการตรวจประเมินผู้ป่วย การจัดโซนรับผู้ป่วยตามความรุนแรง ความสามารถในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน พยาบาลยังขาดความรู้และทักษะการคัดกรอง พยาบาลบางคนไม่นำเกณฑ์การประเมินคัดกรอง 5 ระดับมาใช้ในการประเมินคัดกรอง และพยาบาลมีการหมุนเวียนในการทำหน้าที่คัดกรองในแต่ละเวร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึง การคัดกรองระดับผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องมีทั้งเกินเกณฑ์มาตรฐาน และต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในปี พ.ศ. 2560-2562 ประมาณ 12.70% 9.47% 13.05% ปี พ.ศ.2559 พบอุบัติการณ์ร้องเรียนผู้ป่วยเสียชีวิต 2 รายจากการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ปี พ.ศ.2560 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย MI วินิจฉัยผิดพลาดและส่งต่อล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2561 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย รายที่ 1

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากการประเมินคัดแยกระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน รายที่ 2 ผู้ป่วย Sepsis ประเมินคัดแยกระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานทำให้ได้รับการรักษาไม่ถูกต้องและส่งต่อล่าช้า และปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วย Stoke ประเมินคัดกรองไม่ถูกต้อง 21.74%ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องและล่าช้า(ข้อมูลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน)¹⁴

จากประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ข้อมูลเบื้องต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาหากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตามมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ให้เกิดคุณภาพมาตรฐาน และผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และสามารถนำมาใช้ได้จริง รวมทั้งผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่โดยใช้กรอบแนวคิด System Theory และกรอบแนวคิด PAOR ซึ่งเน้นการพัฒนาขั้นตอนการทำงาน มีการนำปัญหาวิเคราะห์ วางแผน การนำแผนที่วางไว้ ไปปฏิบัติจริงมีการทบทวนขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีการทวนซ้ำในกระบวนการ และการปรับปรุงให้ดีขึ้นไปเรื่อย ๆ ตามกระบวนการแห่งการพัฒนาคุณภาพงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสภาพปัจจุบัน พัฒนาระบบการคัดกรองและศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาคัดกรองงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น วิธิตำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบคัดกรอง ผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้เกิดระบบการคัดกรองที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดทฤษฎีระบบ System Theory ของ Ludwig Von Bertalanffy¹⁵ และ 4 กระบวนการ ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart¹⁶ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning)

การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรศึกษาและตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้คือเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลพล 2) ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพล อย่างน้อย 1 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยฯ ได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg et al¹⁷ แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการแบบบันทึกการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹⁸ แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการคัดกรอง โดยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกของโรงพยาบาลพลระดับ E-I ซึ่งมีรายละเอียดของเหตุการณ์การแก้ไขเบื้องต้น การวิเคราะห์ ทบทวน แก้ไขในระดับหน่วยงาน สรุปวิเคราะห์สาเหตุทั่วไปและมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ โดยบันทึกที่ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ และแบบบันทึกระยะเวลาแต่ละขั้นตอนการให้บริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลพลโดยบันทึกจำนวนขั้นตอนก่อนและหลังการพัฒนาประกอบด้วยวัน เดือน ปี และเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ทุกขั้นตอน การยื่นบัตร ตั้งแต่การคัดกรอง แพทย์ตรวจ พยาบาลทำหัตถการ แพทย์ทำหัตถการเบื้องต้น เอกซเรย์ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจำหน่ายจากหน่วยงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 5 ฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 1) ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย (Pre- research Phase) ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการรวบรวมตัวชี้วัดงานคุณภาพต่างๆ และได้จัดประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์โครงการวิจัย วิธีดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบและการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัย ในวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 และ 2) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (Research Phase) ตามกระบวนการ PAOR

ขั้นตอนวางแผน (Planning) โดย 1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2563 ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และสภาพที่พึงประสงค์ ของระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิด The outcome model for health care research¹⁹ เป็นกรอบช่วยในการค้นหาปัญหาและสาเหตุต่าง ๆ ของปัญหา โดยผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 15 คน และเจ้าหน้าที่พนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 5 คน และ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2563 เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนา ผู้วิจัยได้นำผลการระดมสมองจากครั้งที่ 1 ให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบและร่วมกันระดมสมองสร้างแนวทางการพัฒนา และจัดทำแผนงานโครงการที่จะพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพลจากการระดมสมองและได้ข้อตกลงร่วมกัน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาตาม 4 โครงการคือ 1) โครงการฟื้นฟูความรู้ และทักษะการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) โครงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ 3) โครงการพัฒนาการสื่อสารการคัดกรอง โดยใช้ระบบของ Apple Phon Hospital งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 4) โครงการพัฒนาคู่มือและแนวทางปฏิบัติระบบคัดกรอง

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นตอนการนำแผนงาน โครงการลงสู่การปฏิบัติโดยผู้รับผิดชอบแต่ละโครงการ

จากการติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นระยะ ๆ และสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบโครงการทั้งสังเกตวิธีการดำเนินโครงการปัญหาอุปสรรค

ขั้นตอนการสังเกต (Observe) ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถาม รวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการคัดกรองของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 ประเด็น สื่อนิเทศตามแบบบันทึกการสังเกตการณ์ปฏิบัติ ตามขั้นตอนการคัดกรอง แบบสำรวจระยะเวลา ให้บริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินต่อการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย

ขั้นตอนสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินกิจกรรมพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และสรุปผลการดำเนินงานโดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันของเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และสรุปผลการพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินต่อการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และความพึงพอใจโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) แบบบันทึกการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการคัดกรองและการคัดกรองถูกต้อง โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

3) แบบบันทึก อุดติการณณ์ความเสี่ยงใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น แบบเร็ว (Expedite review) เลขที่โครงการ KEC63049/2563 ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง และเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเชิงลบต่อ

กลุ่มตัวอย่างโดยมิได้เจตนา จึงกำหนดแนวทางการศึกษาด้านจริยธรรมในการวิจัยไว้ดังนี้คือ 1) การใช้หลักเอกลิทธิ (Autonomy) โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความเป็นอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆเพื่อประกอบการตัดสินใจโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อสมัครใจเข้าร่วมวิจัย 2) การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมวิจัยผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นว่าการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ประการใดจะไม่คุกคามหรือทำร้ายความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธให้ข้อมูลต่างๆ ได้ข้อมูลที่ได้รับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างปรากฏในแบบสอบถามและรายงานการวิจัย และ 3) จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ยื่นคำโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสรุปย่อได้ดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพปัจจุบัน ภายใต้กรอบผู้รับบริการ (Client) ผู้ให้บริการ (Provider) และองค์กร (Setting) ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิต ได้รับการคัดกรองไม่ถูกต้อง ได้รับการเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอกบางครั้ง เกิดการเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน อาจจะมารับบริการก่อนแต่ได้รับการดูแลช้ากว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำให้การวินิจฉัย การช่วยเหลือล่าช้าและไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เหนื่อยล้า เนื่องจากภาระงานมาก และเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วย และญาติร้องเรียน สำหรับหน่วยงานยังได้รับผลกระทบต่อหน่วยงาน ขาดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ห้องฉุกเฉินแออัดขึ้น ระยะเวลาให้บริการผู้ป่วยแต่ละประเภทนาน การส่งต่อผู้ป่วยหลัง Admit ภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น และหน่วยงานถูกร้องเรียน

2. ระบบการคัดกรองแบบ ประกอบด้วย 1) การใช้เครื่องมือ Apple Phon Hospital คัดกรองเบื้องต้นคือ

(1) การใช้ Application to talk and Translate เป็น app ที่ติดตั้งไปยัง Smart phone ทุกเครื่องของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (2) Picture เป็นลักษณะรูปแบบตัว Lay word ที่ใช้ให้เห็นถึงกลุ่มอาการและอาการแสดงที่คัดกรอง ไปยังกลุ่มอาการที่ต้องรักษาเร่งด่วน ในช่องทาง Fast track (3) Line Video Call เป็นการติดตั้ง ID Line หลักของแผนกฉุกเฉิน เพื่อใช้ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการได้โดย ID Line นี้จะถูก Scanner ไปยังเครื่อง Smart phone ของผู้ป่วยและญาติที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล และ (4) Emotion เป็นลักษณะรูปภาพที่ใช้ประเมินความเจ็บปวดในการประเมิน Pain score ที่มีอารมณ์ของระดับความเจ็บปวด ออกแบบมาให้เกิดความสอดคล้องกับอาการเจ็บขณะที่ประเมินการคัดกรองอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน 2)การจัด

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามความรุนแรง 5 ระดับ เพื่อให้แพทย์และพยาบาลให้การพยาบาลที่ถูกต้องได้มาตรฐานและผู้ป่วยปลอดภัย และ 3)จัดแบ่งโซนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการจัดระดับความรุนแรงเพื่อการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาคัดกรองงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า การบันทึกการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 97.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการคัดกรองงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.57, SD=0.37) ผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.27, SD=0.41) และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการเข้าถึงผู้ป่วย Stroke, STEMI และ Traumatic brain injury (TBI) และการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยระดับ E ขึ้นไป ส่วนใหญ่บรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการบันทึกการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรอง เป็นรายชื่อ และโดยรวม

ขั้นตอนการปฏิบัติ	จำนวน(ร้อยละ)
1. การประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นต้น	30(100.0)
2. ชักประวัติตรวจร่างกายเบื้องต้น	30(100.0)
3. จัดระดับความเร่งด่วนของการรักษาตามเกณฑ์ Clinical risk	30(100.0)
4. ติดป้ายสีตามโซนที่คัดกรองได้	23(76.7)
5. จัดให้ผู้ป่วยรอรับการตรวจตามความรุนแรง เร่งด่วน	30(100.0)
6. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึก ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับทีมการรักษาตามโซนที่กำหนด	30(100.0)
7. ประเมินอาการและตรวจร่างกายซ้ำ	28(93.3)
8. จัดระดับความรุนแรง เร่งด่วน ตามการประเมินซ้ำ	30(100.0)
9. รายงานแพทย์ให้การรักษามาตรฐานความเร่งด่วน	30(100.0)
10. บันทึกข้อมูลการคัดกรองที่ประเมินลงในเวชระเบียน	30(100.0)
11. สรุปผลการคัดกรองผู้ป่วยแต่ละราย	30(100.0)
เฉลี่ยโดยรวม	29.19(97.3)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วย
อุบัติเหตุและฉุกเฉินเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อคำถาม	Mean(SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. นโยบายการพัฒนากระบวนการคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงาน	4.46 (0.51)	มากที่สุด
2. ระบบการคัดกรองผู้ป่วยในปัจจุบัน	4.47 (0.51)	มากที่สุด
3. สถานที่จุดคัดกรองผู้ป่วยในปัจจุบัน	4.63 (0.49)	มากที่สุด
4. รู้สึกมั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปัจจุบัน	4.63(0.49)	มากที่สุด
5. วิธีการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปัจจุบัน	4.70 (0.47)	มากที่สุด
6. แนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย	4.60 (0.56)	มากที่สุด
7. กิจกรรมการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยแต่ละประเภท/แต่ละโรค	4.43 (0.56)	มาก
8. ผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4.46 (0.63)	มากที่สุด
9. อุปกรณ์เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยปัจจุบัน	4.50 (0.57)	มากที่สุด
10. ระบบการนิเทศติดตามระบบการคัดกรองผู้ป่วย	4.63 (0.57)	มากที่สุด
11. ความเพียงพอและพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วย	4.63 (0.61)	มากที่สุด
12. งบประมาณที่จัดสรรที่เพียงพอให้กับระบบการคัดกรอง	4.70 (0.53)	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	4.57 (0.37)	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อคำถาม	Mean(SD)	ระดับความพึงพอใจ
กระบวนการ / ขั้นตอนการให้บริการ		
1.การตีตประกาศหรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและระยะเวลา การให้บริการ	4.30(0.83)	มาก
2.การจัดลำดับขั้นตอนการให้บริการตามที่ประกาศไว้ ยกเว้นผู้ป่วยฉุกเฉิน	4.33(0.80)	มาก
3.การให้บริการตามลำดับก่อนหลัง เช่น ผู้ที่มาก่อนได้รับการบริการ ก่อน เป็นต้น	4.27(0.85)	มาก
4.การให้บริการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด	4.20(0.88)	มาก
5.ความรวดเร็วในการให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด	4.33(0.84)	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อคำถาม	Mean(SD)	ระดับความพึงพอใจ
เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ		
1. ความเหมาะสมในการแต่งกายของผู้ให้บริการ	4.23(0.85)	มาก
2. ความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ	4.23(0.89)	มาก
3. ความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถามชี้แจงข้อสงสัยให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ เป็นต้น	4.33(0.84)	มาก
4. ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขอสิ่งตอบแทน ไม่รับสินบน ไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบ เป็นต้น	4.20(0.92)	มาก
5. การให้บริการเหมือนกันทุกราย โดยไม่เลือกปฏิบัติ	4.27(0.86)	มาก
6. สามารถติดต่อและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว	4.30(0.83)	มาก
สิ่งอำนวยความสะดวก		
1. ป้าย / สัญลักษณ์ / ประชาสัมพันธ์บอกจุดบริการ	4.30(0.83)	มาก
2. จุด / ช่องการให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงได้สะดวก	4.33(0.80)	มาก
3. ความเพียงพอของอุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการเช่น ปากกา ดินสอ รกเข็นนั่ง / นอน ฯลฯ	4.23(0.87)	มาก
4. การเปิดรับฟังข้อคิดเห็นต่อการให้บริการ เช่นกล่องรับความคิดเห็นแบบสอบถาม	4.27(0.83)	มาก
5. ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โทรศัพท์สาธารณะ ห้องสุขา น้ำดื่ม ที่นั่ง คอยรับบริการ เป็นต้น	4.39(0.81)	มาก
6.ความสะอาดของสถานที่ให้บริการในภาพรวม	4.20(0.92)	มาก
ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการให้บริการ		
1.การให้บริการที่ได้รับตรงตามความต้องการ	4.23(0.89)	มาก
2.ความครบถ้วนถูกต้อง ของการให้บริการ เช่น ยาหรือเวชภัณฑ์ ทางการแพทย์ไม่หมดอายุ	4.20(0.92)	มาก
3.ผลการบริการในภาพรวม	4.27(0.41)	มาก

ตารางที่ 4 ร้อยละการเข้าถึงผู้ป่วย Stroke

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ร้อยละผลการปฏิบัติ		Percentage difference
		ก่อน	หลัง	
1. ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วย Stroke ถูกต้อง	100.0	84.81	100.0	เพิ่มขึ้น 15.19
2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมินสภาพ ถูกต้องรวดเร็ว ภายใน 2 นาที	100.0	100.0	100.0	0.0
3. Stroke FT Door to refer time ภายใน 30 นาที	100.0	51.52	54.97	เพิ่มขึ้น 3.45
4. Stroke FT on set to Door ภายใน 60 นาที	<60.0	36.39	31.12	ลดลง 5.27
5. จำนวนผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตหลังส่งต่อ ภายใน 48 hr.	0 ราย	2	0	ลดลง 2.0

ตารางที่ 5 ร้อยละการเข้าถึงผู้ป่วย STEMI

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ร้อยละการเข้าถึง		Percentage difference
		ก่อน	หลัง	
1. ผู้ป่วย STEMI Door to EKG time ภายใน 10 นาที	100	91.66	100	เพิ่มขึ้น 8.34
2. ผู้ป่วย STEMI Delayed treatment	0	50	40	ลดลง 10.0
3. ผู้ป่วย STEMI Miss Dx.	0	50	25	ลดลง 25.0
4. ผู้ป่วย STEMI Door to needle time	>50	50	90	เพิ่มขึ้น 40.0

ตารางที่ 6 ร้อยละการเข้าถึงผู้ป่วย Traumatic brain injury (TBI)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ร้อยละการเข้าถึง		Percentage difference
		ก่อน	หลัง	
1. ผู้ป่วย Mod/Severe TBI Refer time ภายใน 60 นาที	100.0	100.0	100.0	0.0
2. ผู้ป่วย Mild (LR) กลับมารักษาซ้ำภายใน 24 hr.	< 0.5	1.5	0.0	ลดลง 1.5
3. ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe TBI ภายใน 24 hr.	<40	40.0	25.0	ลดลง 15.0
4. อัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บ Mild TBI	0	0.05	0.02	ลดลง 0.03

ตารางที่ 7 ร้อยละการเข้าถึงผู้ป่วย Sepsis

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ร้อยละผลการปฏิบัติ		Percentage difference
		ก่อน	หลัง	
1. ร้อยละของการประเมินผู้ป่วย Sepsis ผิดพลาด	0.0	40.0	10.0	ลดลง 30

ตารางที่ 8 ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ร้อยละผลการปฏิบัติ		Percentage difference
		ก่อน	หลัง	
1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	0%	0.04%	0.01%	.03
2. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ระดับ 1) และภายใน 24 ชม. (at ER /Ward / ระหว่างส่งต่อ)	<12% จำนวน	0.18%	0.17%	.01
		14 ราย	14 ราย	0.0

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งพบปัญหาในการดำเนินงาน เช่น 1)การประเมินและการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเบื้องต้นยังมีวิธีการหลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 2) พยาบาลบางคนไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน Airway, Breathing, Circulation, Disability 3) ทำให้การช่วยเหลือไม่ครอบคลุมตามปัญหา เช่น การไม่ Protect c-spine ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี C- spine injury การให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะช็อคไม่เหมาะสม 4) การ Monitor ผู้ป่วยไม่ครอบคลุมและไม่เป็นตามเกณฑ์กำหนด 5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาช้า อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการทรุดลงได้ และ 6) ปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ทำให้ไม่สามารถสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษาต่อเนื่องได้ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจขึ้นอยู่กับพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน องค์ความรู้ที่แตกต่างกัน อีกทั้งการปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิมนั้นยังไม่ได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมให้เป็นปัจจุบัน²⁰ ; วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวข้องกับระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่ต้องการพัฒนา ดังนี้ 1) พยาบาลคัดแยก

2) แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการคัดแยก 3) สถานที่ในการคัดแยก 4) การบันทึกข้อมูลการคัดแยก และ 5) การสื่อสารกับผู้รับบริการ²¹ ; ประสิทธิภาพและความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยของบุคลากรเนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่า 5 ปีมีน้อย มีเจ้าหน้าที่ย้ายเข้ามาบรรจุใหม่และสับเปลี่ยนหมุนเวียนในเวลาไม่กี่ปี ขาดการอบรมพัฒนาความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่องในเรื่องระบบการคัดแยก ทำให้เกิดอุบัติการณ์การประเมินระดับความเร่งด่วนต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริง²² และปัญหาระบบบริการ/อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร เช่น การจำแนกประเภทผู้ป่วย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่จุดบริการประชาสัมพันธ์ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการประเมินทันทีภายในเวลาที่กำหนด แนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การติดต่อประสานงานกับหน่วยยานพาหนะ การตามรถส่งต่อล่าช้า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ยังพบว่าการขอรับคำปรึกษา จากโรงพยาบาลมหาสารคาม (โรงพยาบาลแม่ข่าย) ยังมีปัญหาเรื่องการติดต่อประสานงานใช้เวลานานในการรอรับคำปรึกษา และไม่มีคนรับผิดชอบที่

ชัดเจนในการรับคำปรึกษา ส่วนใหญ่ติดต่อทางโทรศัพท์ การส่งข้อมูล/ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจกับศูนย์ส่งต่อ กล่าวคือว่าปัญหาที่สำคัญที่ได้²³ จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาที่สำคัญ คือ การเข้าถึงช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การติดตามผู้ป่วย

ระบบการคัดกรองแบบ Apple Phon Hospital ประกอบด้วย 1) การใช้ Application to talk and Translate เป็น app ที่ติดตั้งไปยัง Smart phone ทุกเครื่องของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) Picture เป็นลักษณะรูปแบบตัว Lay word ที่ใช้ให้เห็นถึงกลุ่มอาการ และอาการแสดงที่คัดกรอง ไปยังกลุ่มอาการที่ต้องรักษาเร่งด่วนในช่องทาง Fast track 3) Line Video Call เป็นการติดตั้ง ID Line หลักของแผนกฉุกเฉิน เพื่อใช้ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการได้โดย ID Line นี้จะถูก Scanner ไปยังเครื่อง Smart phone ของผู้ป่วยและญาติที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล และ 4) Emotion เป็นลักษณะรูปภาพที่ใช้ประเมินความเจ็บปวดในการประเมิน Pain score ที่มีอารมณ์ของระดับความเจ็บปวด ออกแบบมาให้เกิดความสอดคล้องกับอาการเจ็บขณะประเมินการคัดกรองอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของอรรถพร ฤทธิ์อินทรางกูร, วรวิมล ขาวทอง, ปาริณันท์ คงสมบุญธรรมและสมศรี เขียวอ่อน²⁰ ซึ่งพบว่า การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีระบบและแนวคิดเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาพัฒนาระบบการคัดแยกตามองค์ประกอบด้วยพยาบาลคัดแยกแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการคัดแยก สถานที่ในการคัดแยกการบันทึกข้อมูลการคัดแยก และการสื่อสารกับผู้รับบริการ เช่นเดียวกับการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วยแนวปฏิบัติฯ การคัดกรองและประเมินความปวดแรกรับ การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ การติดตามผลการจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติฯ²⁴: การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยการพัฒนา

ระบบการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ และการดูแลต่อเนื่อง²⁵

ผลลัพธ์การพัฒนาคัดกรองงานอุบัติเหตุฉุกเฉินครั้งนี้พบว่า การบันทึกการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 97.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการคัดกรองงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศโดยรวมอยู่ในระดับมาก และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดการเข้าถึงผู้ป่วย Stroke, STEMI และ Traumatic brain injury (TBI) และการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป พบว่า ส่วนใหญ่บรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ดังผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรขุมิ จังหวัดสกลนคร ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภายหลังการพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการลดลงจนได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย (<90 นาที) ในปี พ.ศ. 2560 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจลดลงมาอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด(< 5 นาที) ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีแนวโน้มลดลงจาก 71 นาที เป็น 62 นาที 47 นาที และ 46 นาที ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตลดลงเป็นร้อยละ 27.2 ในปี พ.ศ. 2559 และ 16.1 ในปี พ.ศ. 2560 และความพึงพอใจของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น²⁶; หลังการพัฒนาผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนลดลง จาก 12.12 วันในปี 2555 เป็น 9.83 วันในปี 2559 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาดังแต่เข้ามาในโรงพยาบาลถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 60 นาทีที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.59 ในปี พ.ศ.2555 เป็น 54.29 ในปี พ.ศ.2559 ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก พยาบาลมีการปฏิบัติตามมาตรฐานอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยแสดงว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น²⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับผู้ปฏิบัติ การนำระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ไปใช้ควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลโดยทีม สหวิชาชีพและกลไกสำคัญที่ทำให้มีความยั่งยืนของระบบและรักษาระดับของคุณภาพบริการ คือ ผู้ดำเนินงานควรเน้นประเด็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรนำปัญหาอุปสรรคมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเครือข่าย เพื่อให้การพัฒนาปรับปรุงระบบบริการมีความเชื่อมโยงและเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

2. ระดับผู้บริหาร ควรรณรงค์และส่งเสริมให้ประชาชนมีการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การประเมินอาการและการป้องกันการเกิดโรค โดยสร้างความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่นให้มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและประชาชน รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงบริการ โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วทันเวลา ลดความพิการ และอัตราการตาย

3. การวิจัยและพัฒนา ควรศึกษาวิจัยผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ในผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เช่น คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายหรือในการดูแลรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนมาใช้ในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกคนที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และให้การสนับสนุนและร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Definitions of Key Concepts from the WHO Patient Safety Curriculum Guide (2011) [Internet].2011 [cited 2020 Aug 26]. Available from:http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1a_handout.pdf
2. ไชยพร ยุกเซ็น, และยุวเรศมคษฐ์ สิทธิชาญบัญชา. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1. กรุงเทพฯ : ชอระกาการพิมพ์ ; 2557

3. กรองโต อุมหสูต. พยาบาลผู้ประสานงานด้านการดูแลผู้บาดเจ็บ (Trauma Nurse Coordinator). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง TNCs : Trauma Care and Outcome. วันที่ 18-19 กุมภาพันธ์ 2559. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ร่วมกับสาขาวิชาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และราชแพทยวิทยาลัย ศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ; 2559.
4. กวีศักดิ์ จิตวัฒนรัตน์. Transition care : The effects of ICU organization on outcomes.ใน : เอกกรินทร์ ภูมิพิเชฐ, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, บรรณาธิการ. Critical case : at difficult time. กรุงเทพฯ: บ. ปียอนด์ เอ็นเทอร์ ไพร์ซ์ จำกัด ; 2553. หน้า 13-9.
5. Considine, J. Botti, M., & Thomas, S. Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making?. Acad Emer Med 2007 ; 14(8) : 722-6.
6. Lecky, F., Mason, S., Benger, J. et al. Frame work for Quality and Safety in the Emergency Departments. White Rose Research Online: May, 2017.
7. นันทิยา รัตนสกุล และกฤตยา แดงสุวรรณ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2559 ; 8(2) : 1-15.
8. ปวีณ นราเมธกุล. “แนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศไทย,” รายงานการศึกษาส่วนบุคคล หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 5. สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ, 2556.
9. สุดาพรรณ ธัญจิรา, จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, อดิศักดิ์ ผลิผล การพิมพ์. ประสิทธิภาพการจำแนกประเภทผู้ป่วยพยาบาลจำแนกในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. รามธิบดีพยาบาลสาร. 2541 ; 4(2) : 133-142.

10. Göransson O, et al. Mechanism of Action of A-769662, a Valuable Tool for Activation of AMP-activated Protein Kinase. *J Biol Chem* 2007 ; 282 : 32549-32560.
11. ยูเรศ สิทธิชาญบัญชา. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน . กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2557.
12. นฤดี เย็นเสนาะ. Khonkaen Emergency Severity Index. ขอนแก่น : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น; 2552.
13. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
14. ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพล. บัญชีความเสี่ยงโรงพยาบาลพล ปีงบประมาณ 2560-2562. โรงพยาบาลพล ; 2558.
15. Ludwig Von Bertalanffy. General system theory. NeW Yark : Gearge Braziller ; 1940.
16. Kemmis, S. The Action Research Planner. Geelong : Deakin University; 1988.
17. Frederick, Herzberg et al. The Motivation of work. New York : John Wiley & Sons ; 1959.
18. นภาพรณ พรหมจันทร์. การสร้างแบบประเมินสมรรถนะพื้นฐานในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเรณูนคร. รายงานการศึกษาระดับปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
19. Holzemer,W. Improving Health through Nursing Research. USA: The International Council for Nursses ; 2010.
20. มะลิสรา ไรจนทธีรัมย์. ประสิทธิภาพการใช้แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2563 ; 28(3) : 413-425.
21. อรวรรณ ฤทธิอินทรานุกร, วรวิมล ขาวทอง, ปาริณันท์ คงสมบูรณ์, สมศรี เขียวอ่อน. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารกรมการแพทย์ 2561 ; 43(2) : 146-151.
22. พิมพ์ วีระคำ, คัคณันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, พิษณุตม์ ภิญญ. ประสิทธิภาพของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. วารสารกรมการแพทย์ 2562 ; 44(5) : 70-74.
23. สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย, อังนุ บุตรบ้านเขวา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลาปีพุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560 ; 14(3) : 100-113.
24. พนิดนันท์ หนูชัยปลอด, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, หทัยรัตน์ แสงจันทร์. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน. พยาบาลสาร 2557 ; 41(ฉบับพิเศษ) : 88-98.
25. นันทิยา รัตนสกุล, กฤตยา แดงสุวรรณ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามชีวิตในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารนราธิวาสราชนครินทร์ 2559 ; 8(2) : 1-15.
26. พรทิพย์ อัครนิจ, ประมวลรัตน์ พจนา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561 ; 21(1) : 99-112.
27. ชารัตน์ ส่งสิทธิกุล, อรวรรณ อนามัย. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559 ; 26(2) : 142-153.