



วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Health office

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

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือน เมษายน - สิงหาคม และธันวาคม

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ปิติ	ทั้งไพศาล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชร	เอี่ยมรัมย์กุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ	ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายบุญเลิศ	พิมพ์ศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสุดาจันทร์	วัชรเกียรติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ พายุหะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รก.นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
----------------------------	---

กองบรรณาธิการ :

ทันตแพทย์หญิงนิรมล	ลีลาอดิสร	ผู้ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
นายแพทย์นิตติ	บุญอรุณ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนทราย
แพทย์หญิงรัชฎาพร	ลีลา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์	โกมลาลัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเสลภูมิ
เภสัชกรพัชรียา	โพนหงษา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองพอก
ดร.นนทิพัฒน์	พัฒนาโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.ดวงเดือน	ศรีมาตี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
อาจารย์พัชรา	ชมภูวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

เภสัชกรพิทยาภรณ์	ศรีคำภา	เภสัชกรชำนาญการ	โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ว่าที่ พ.ต.ดร.ดิษณัฏ	สิงห์ยะเมือง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.สุพะยนต์	ชมพูนุวัช	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	โรงพยาบาลหนองพอก
อาจารย์ปิยะลักษณ์	ภักดีสมัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โรงพยาบาลพนมไพร

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

รศ.ดร.สงครามชัย	ลีทองดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุภัทนา	กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.อรุณ	บุญสร้าง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์	พรหมอาร์ักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พงษ์เดช	สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อารีย์	บุตรสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.อรทัย	พวงแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.วิโรจน์	เชมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมบัติ	อัปมระกา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จงกลณี	จันทร์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น
ดร.เพชรบูรณ์	พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ศิริวัฒน์	ศิริอมรพรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ธีรยุทธ	อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร.กรรณิการ์	ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ศุภลักษณ์	เอกอุเวชกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์	ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวชลธิดา	แสงมะณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 80 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทรศัพท์ 0-4372-2118 ต่อ 141 โทรสาร 0-4372-543

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำนี้เพื่อความสะดวก 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 กระชับ และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช่คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้รับปริญญาจากสถาบันต่างประเทศก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทยสำหรับปริญญาชั้นปริญญาตรีหรือปริญญาโทหรือปริญญาเอก ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ สำนักงานและโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

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 ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา 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 การรักษานิตและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

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

วิจารณ์ (Discussion) แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่...อย่างไร...เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น...วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

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

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) ในกรณีที่ต้องการระบุค่าขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็น

ย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

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

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัยลงวารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ

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

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ :

รูปแบบการวิจัย :

วัสดุและวิธีการวิจัย :

ผลการวิจัย :

สรุปและข้อเสนอแนะ :

คำสำคัญ :

ABSTRACT

Purpose :

Design :

Methods :

Main findings :

Conclusion and recommendations :

Keywords :

บทความวิจัย

ชื่อเรื่อง :

ชื่อผู้พิมพ์ :

บทคัดย่อ (Abstract) :

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

คำสำคัญหรือคำหลัก (Key words) :

บทนำ (Introduction) :

วิจารณ์ :

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

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

วิธีการวิจัย :

กิตติกรรมประกาศ :

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

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

ผลการวิจัย :

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver) :

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

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

สารบัญ

หน้า

- | | |
|---|----|
| <p>1. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการวัดระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเครื่อง Acucheck Instant กับเครื่อง Sysmex BX4000 ห้องปฏิบัติการ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง
Compare performance to measure blood sugar levels between the Acucheck Instant with Sysmexmachine BX 4000 laboratory, clinical diabetes, ThungKhaoluang hospital
กนิษฐา นิลผาย</p> | 9 |
| <p>2. ผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือนMEWS ผู้ป่วยฉุกเฉินในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ
The effectiveness of using the Modified Early Warning Signs in emergency patients at the Emergency Department, Selaphum Hospital
เนาวรัตน์ ภูมิบุญชู</p> | 21 |
| <p>3. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
Effect of an Empowerment - Base and Home Visit Program on Diabetes Mellitus Control Behaviors and Blood Sugars Level in Uncontrolled Diabetes Mellitus
ปารณีย์ ใจธรรม</p> | 31 |
| <p>4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
Efficiency of Behavioral Health Case to Change Health Habits of Patients with Diabetes Who Cannot Control Sugar Levels
จิราพร คงทอง และคณะ</p> | 40 |
| <p>5. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย
Impact of Transition Care Program and Family Caregiver on Intermediate Patient's Routine activity Performance, Complication, and Satisfaction
ศิริมา พนาทร</p> | 50 |
| <p>6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อหารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทบุษยกษอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
Participatory Action Research For Designing Pattern Of Pregnancy Prevention On High School Students At Chantarubeksa Anuson School Kaset Wisai Sub-District Kaset Wisai District Roiet Province
เพ็ญศรี นามไพร</p> | 63 |

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
7. การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ เครือข่ายโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด (Development of a follow-up model to visit pregnant women for 12 weeks. NongPhok Hospital Network Roi-Et Province.) วัชรกร กุชโร	71
8. ประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด (Effectiveness of Health Behavioral Modification Program on Diabetes risk Pho Chai District, Roi-Et) สมพิศ เกณฑ์สาคุ	80
9. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด (Development of Quality for Intermediate Care by Participation of Atsamat Network Roi-Et Province) นภัสภรณ์ เขิงสะอาด	89
10. ผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับญาติผู้ป่วยที่รอตรวจงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด The effect of Emergency severity communication box for patient relatives at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province มณีรัตน์ แข็งแรง และคณะ	99
11. ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน The effects of providing information and SKT meditation therapy practice on stress of caregivers in the family of stroke patients on the transitional period from hospital to home ศิริพร เผ่าภูธร	108
12. การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในเขตตำบลหนองขุนใหญ่ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด The Development of a Program for Health Promotion of Elderly with Participatory In Nong Khun Yai Subdistrict, Nong Phok District, RoiEt จริญญา อุ่่นทวง	118

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
13. ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในเขตอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด Outcomes of drug problem-solving of chronic disease patients from home visits by pharmacists In Chiang Khwan district Roi Et Province ลัดดาวัลย์ ปรานนอก	126
14. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558 – 2562 Accessibility of Health Services in Roi Et Province 2015 – 2019 อารีย์ เพ็ญสุวรรณ	134
15. กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม The Development Strategy of District Health Board On Principles of Team Learning นันทศักดิ์ เศษสุวรรณ	143
16. รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด Leadership Development Model for District Health Board Phon Sai District, Roi-Et สมพงษ์ สุตจันทร์	151
17. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Practice Guideline for Prevention of Birth Asphyxia in Kaset Wisai Hospital Kaset Wisai District, Roi-Et Province พินัย หล้าคำ	161
18. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น Developing a surveillance of Early Warning Signs in Inpatient Department, Phayeun Hospital, Khon Kaen บุญทิพย์ นิมสอาด	173

**การเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการวัดระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเครื่อง
Acucheck Instantกับเครื่อง Sysmex BX4000
ห้องปฏิบัติการ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง**
**Compare performance to measure blood sugar levels between
the Acucheck Instant with Sysmex machine BX 4000 laboratory,
clinical diabetes, ThungKhaoluang hospital**

กนิษฐา นิลผาย*

Kanisrtha Nilphai

Corresponding author : Email : kanisrtha087@gmail.com

(Received: October 26, 2019; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเครื่อง Accucheck instantกับวิธีมาตรฐานคือเครื่อง Sysmex4000 และเปรียบเทียบต้นทุน ระยะเวลาในการรอคอยผลตรวจน้ำตาลในเลือด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงลายมือชื่อ ใช้ตัวอย่างเลือดดำที่แขนแบ่งตัวอย่างเลือดเป็น 2 ส่วน ตรวจด้วยเครื่องชนิดพกพา Accucheck Instant กับเครื่อง Sysmex Bx4000 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจระดับน้ำตาลอดอาหาร 6 -8 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละของความผิดพลาด %CV ร้อยละความคลาดเคลื่อน %bias ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามาตรฐาน (SD) และ paired t- test

ผลการวิจัย : ค่าระดับน้ำตาลในพลาสมาของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 ราย การวัดด้วยเครื่องตรวจมาตรฐานในห้องปฏิบัติการด้วยวิธีมาตรฐานมีค่า 80-500 mg/dl และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลคือ 151.8 mg/dl ระดับน้ำตาลในเลือดเครื่องตรวจห้องปฏิบัติการ มีค่าเฉลี่ย 155mg% SD. 66 ส่วนเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา มีค่าเฉลี่ย 151mg% SD. 65 ผลความแม่นยำเครื่อง Accucheck Instant พบว่ามี within run CVอยู่ในช่วงร้อยละ1.8 +3.5 และbetween-run CV เป็นร้อยละ 1.4 + 2.8 มีค่าน้อยกว่า 5 จากเกณฑ์ เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเครื่องตรวจห้องปฏิบัติการ กับ เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา พบว่าไม่แตกต่างกันทางนัยสถิติ (P>.05) และ ร้อยละของความผิดพลาดอยู่ระหว่าง 5.44-10.88 % พบว่าค่า r=0.998 มีความสัมพันธ์กันดี ผลตรวจที่ได้จาก2เครื่องสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันค่าเฉลี่ยความต่างทั้งสอง (Mean difference) 3.9mg/dlราคาต้นทุนต่อ1 รายงาน ผลของเครื่อง Accu-checkInstanst ชนิดพกพาถูกกว่าเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติยี่ห้อ SYSMEX Bx 4000 อยู่ 16.31 บาท คิดเป็นร้อยละ69 และระยะเวลารอคอยผลตั้งแต่เจาะเลือดถึงออกผลต่อ1รายงานผล ใช้เวลาน้อยกว่าคือ 26 นาที

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า สามารถใช้ค่าระดับน้ำตาลจากเครื่องตรวจชนิดพกพาเทียบเคียงกับเครื่องตรวจในห้องปฏิบัติการ เครื่องตรวจมีความถูกต้อง แม่นยำ และคุณภาพที่ดีอยู่เกณฑ์มาตรฐานราคาต้นทุนถูกกว่า ระยะเวลาในการรอคอยผลน้อยกว่าเครื่องมาตรฐาน SYSMEX Bx4000 โดยใช้เพื่อการติดตามกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้เจาะเลือดจะต้องได้รับการอบรมการใช้เครื่องอย่างถูกวิธี และเครื่องจะต้องมีการเช็คสภาพให้เป็นไปตามข้อกำหนดการดูแลรักษาของบริษัท

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ ; POCT

* นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการกลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

ABSTRACT

Purpose : To compare performance to measure blood sugar levels between the standard method is the instant AccucheckSysmex 4000 and cost comparison of waiting times or blood glucose test results.

Design : A Quasi experimental study Experiential research studies, both male and female, aged 15 years old as a type 2 diabetic fasting sugar level 6 -8 hour of laboratory and portable type.

Materials and Methods : Sample consent to participate in research projects and signed Take for example the venous blood samples from 114 healthy volunteers divided into sleeve 2. Check part type with Accucheck Instant achine portable SysmexBx4000 the statistics.Dependent Paired t-test and fundamental, and the percentage of error% CV% tolerance percentagebias.The average (Mean), standard deviation(SD) Test of a linear

Main findings : Bloodand plasma glucose value of sample number 114 tools list, check with the laboratory standards, methods, standards, has a value of 80-500 mg/dl, and have an average of 151.8 mg/dl glucose is blood sugar level test laboratory. Average 155 mg% SD.66 Blood sugar testers section portable type There are 151 mg% averages SD.65 results, precision machine Accuchek Instant found there within run CV is in the range of 1.8 + 3.5 and between-run CV% 1.4+ 2.8 Be less than 5 From the criteria. Comparing blood sugar levels between a laboratory to test the blood sugar of type portable. Found not materially different statistics and percentage of error is between the value of 5.44+ 10.88% $r = 0.998$ found that relationships was well. Results obtained from 2 machines is consistent in the same direction cost price per 1 report results of aAccu-chekInstanst. Portable type automatic Analyzer cheaper brands of SYSMEX Bx 4000 THB 16.31 69 percent, and the lead time from blood to affected 1 result reportless than 26 minutes 15 seconds

Conclusion and recommendations : The present study could be used the values from the machine, check sugar levels comparable to portable machines in the lab. Measuring accuracy and quality are benchmark price, the cost is that the period of waiting for the results of less than standard machines, SYSMEX Bx4000. It is used to track where a group of diabetic patients, blood will need to be trained to use the machine correctly, and the machine has to check the condition in accordance with the terms of the company's care.

Keywords : Effectiveness, POCT

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกเมื่อ ปีค.ศ. 2000 พบว่ามีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 171 ล้านคน และคาดว่า ในปีค.ศ. 2030 จำนวนผู้ที่เป็นเบาหวานทั่วโลกจะสูงถึง 366 ล้านคน¹ คิดเป็นร้อยละ 6.3 ของพลเมืองโลกและในแต่ละปีจะมีประชากรมากกว่า 3 ล้านคนทั่วโลกที่ตายด้วยโรคเบาหวาน² ในปีค.ศ. 2573 จำนวนผู้ที่เป็นเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 2,739,000 คน³ และมีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานของประชากรไทยระหว่างปีค.ศ. 2548-2550 เท่ากับ 11.9, 12.0 และ 12.2 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁴ ในพื้นที่อำเภอทุ่งเขาหลวง มีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานระหว่าง ปี พ.ศ. 2560-2561 เท่ากับ 988, 1222 การเป็นโรคเบาหวานมานาน และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเวลาที่ยาวนานและบ่อยครั้งเพื่อให้แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาได้อย่างทันที่เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจจึงเปลี่ยนจากเครื่องมือในห้องปฏิบัติการซึ่งใช้เวลาในการตรวจนาน มาเป็นเครื่องมือที่ใช้ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (Point-of-Care glucose meter) หรือ POC glucose ในการตรวจเลือดผู้ป่วยเบาหวานจากการเจาะเส้นเลือดดำตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติของห้องปฏิบัติการกลางโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ราคาต้นทุนของปี 2560 และ 2561 ตรวจด้วยเครื่อง POC glucose ราคาต้นทุน 84,177 บาท 104,114 บาท ตามลำดับ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้ประเมินประสิทธิภาพ ความถูกต้องความแม่นยำ และระยะเวลาการรอคอยผลของการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเครื่อง Accucheck Instant เป็นเครื่อง POCT ขนาดเล็ก พกพาได้สะดวก การใช้เครื่องตรวจชนิดพกพาเป็นวิธีหนึ่งในการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลซึ่งการตรวจไม่ยุ่งยาก ใช้เลือดปริมาณน้อย ทราบผลทันทีใช้ในการตรวจคัดกรองทำได้ง่ายและรวดเร็ว ราคาถูก ไม่ต้องใช้เครื่องมือเพิ่มเติมมาก ประเมินสภาวะของผู้ป่วย และติดตามผลการรักษา

โรคเบาหวานได้รวดเร็วขึ้น เปรียบเทียบกับเครื่องมาตรฐานคือเครื่อง sysmex BX4000 ซึ่งเป็นเครื่อง Automate เป็นเครื่องวิเคราะห์ชีวเคมีอัตโนมัติแบบเต็มรูปแบบได้มาตรฐานซึ่งสามารถใช้งานการวิเคราะห์แบบ Turbidimetric ที่ใช้เวลาในการตรวจนานเป็นเครื่องตรวจประจำในห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงการที่จะช่วยแพทย์และทีมดูแลผู้ป่วยสามารถให้การรักษามีประสิทธิภาพผลการตรวจวิเคราะห์จะต้องได้มาตรฐาน มีความถูกต้องแม่นยำ เพื่อผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดผลการตรวจวัดค่าFBS อาจมีผลจากปัจจัยอื่นเช่น เทคนิคจากการเจาะเลือด ความเข้มข้นของเฮมาโตคริต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการวัดค่าน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่อง Accucheck instant กับวิธีมาตรฐานกลางยี่ห้อเครื่อง Sysmex4000 เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน และระยะเวลาในการรอคอยผลตรวจน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) สุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาความถูกต้องเปรียบเทียบผลการตรวจ ระดับค่าน้ำตาลในเลือด โดยใช้เครื่อง Accucheck instant กับเครื่อง Sysmex4000 และความถูกต้องแม่นยำของเครื่องตรวจของผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่มาตรวจที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน สิงหาคมถึงตุลาคม 2561 แบบสุ่ม 114 ราย โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับการตรวจ อายุ เพศ เป็นต้น

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจจากเครื่อง Accucheck instant ต่างจากค่าที่ตรวจได้จากเครื่อง Sysmex BX4000 ที่ใช้ตรวจประจำในห้องปฏิบัติการหรือไม่? อยากทราบว่าเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลชนิดพกพาหรือตรวจปลายนิ้วที่ใช้กันแพร่หลายทั้งในห้องฉุกเฉินตึกผู้ป่วยในและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีความถูกต้องแม่นยำเท่ากับเครื่อง Automate ที่ใช้ในงานห้องปฏิบัติการกลางของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงหรือไม่? ต้นทุนและระยะเวลาในการรอคอยผลตรวจมีความแตกต่างกันหรือไม่

เบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึม โดยพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ (>126 mg/dL) ซึ่งการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงนานๆ ร่วมกับความผิดปกติอื่นๆ มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา^{4,5} เช่น การเสื่อมสภาพของหลอดเลือดและระบบการไหลเวียนของเลือด จอประสาทตาเสื่อม เลือดออกที่จอประสาทตา เส้นประสาทส่วนปลายโดยเฉพาะที่เท้าสูญเสีย ทำให้การรับรู้สีกต่างๆ ลดลงร่วมกับการทำงานของกล้ามเนื้อเท้าสูญเสียไปทำให้เกิดแผลเรื้อรังที่เท้า ตาบอดในผู้ใหญ่จากเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรังดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงได้มีการพัฒนาให้สามารถใช้ตรวจได้ในหอผู้ป่วยและทราบผลในระยะเวลาอันรวดเร็ว ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้ตัวเครื่องและแถบตรวจได้รับการพัฒนาให้มีขนาดเล็กลงและมีอายุการใช้งานนานขึ้นทำให้เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ในการใช้เครื่องตรวจเบาหวานยังพบปัญหาที่มีผลต่อผลการตรวจ ได้แก่ การเสื่อมสภาพของแถบทดสอบการจัดเก็บแถบทดสอบ และการนำไปใช้ในที่ที่มีอุณหภูมิสูงกว่าที่ผู้ผลิตกำหนด รวมทั้งเทคนิคการเจาะเลือดจากปลายนิ้วที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้นดังนั้นในการใช้เครื่องมือจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการควบคุมคุณภาพที่ดีด้วย จึงจะช่วยให้แพทย์รักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเครื่อง AccucheKInstanst เป็นเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดใช้หลักการ Electrochemical ที่ใช้ FAD-GDH ตรวจวัดระดับ FBS ได้ $10-600$ mg/dl ผ่านมาตรฐาน ISO15197: 2013

(www.accu-chek.co.th) เป็นเครื่องขนาดเล็ก พกพาได้สะดวก การใช้เครื่องตรวจชนิดพกพา เป็นวิธีหนึ่งในการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลซึ่งการตรวจไม่ยุ่งยาก ใช้เลือด 0.6 ไมโครลิตร ปริมาณน้อยมาก ทราบผลทันที นิยมใช้อย่างกว้างขวาง ใช้ติดตามภาวะ Hypo-Hyperglycemia นำไปวางแผนการรักษาและปรับพฤติกรรมกรรมการดำรงชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่ง Diabetic Control and Complication trial research group แนะนำควรตรวจน้ำตาลด้วยตนเองวันละ 3-4 ครั้ง ตั้งนั้น เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดจากเครื่องตรวจที่ใช้ในปัจจุบัน จึงศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเครื่องตรวจชนิดพกพากับเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ

เครื่อง sysmex BX4000 ซึ่งเป็นเครื่องAutomateเป็นเครื่องวิเคราะห์ชีวเคมีอัตโนมัติแบบเต็มรูปแบบซึ่งสามารถใช้งานการวิเคราะห์แบบ Turbidimetricได้เป็นประจำผ่านมาตรฐาน ISO9001,ADA 1996 ตรวจวัดระดับFBSได้ $1-500$ mg/ dl ใช้พลาสมา 1 ml ควรมีการทดสอบขั้นต่ำ 380 การทดสอบต่อชั่วโมงของการทดสอบการโฟโตเมตริก และ 150 การทดสอบสำหรับ ISE.3 ควรมีระบบตรวจจับโฟโตเมทริกที่มีช่วงความยาวคลื่นกว้าง 12 ช่วงความยาวคลื่นตั้งแต่ 340 ถึง 800 นาโนเมตรโดยมีการเลี้ยวเบนการบริโภคน้ำไม่ควรเกิน 20 ลิตร / ชม. 5 ควรมี Cuvettes ต่ำสุด 85 อันที่ทำจาก Pyrex โดยมีปริมาตรการทำปฏิกิริยาต่ำสุดคือ 160uL.6 ควรมีโปรแกรมทดสอบอย่างน้อย 55 รายการต่อตัวอย่าง 7. มีตำแหน่ง Reagents barcode reader ที่ต่ำสุด 55 ตำแหน่ง

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์ความคลาดเคลื่อนที่กำหนดโดยหน่วยงานต่างๆ

หน่วยงาน	ปี	เกณฑ์มาตรฐาน
ADA	1987	ความเข้มข้นของระดับน้ำตาล $1.7-2.2$ mmol($30-403$ mg/dl) ผลการตรวจวัด \geq ร้อยละ 95 ควรมีความผิดพลาดอยู่ในช่วง $\pm 10\%$
	1996	ความเข้มข้นของระดับน้ำตาล $1.7-2.2$ mmol($30-403$ mg/dl) ผลการตรวจวัด \geq ร้อยละ 95 ควรมีความผิดพลาดอยู่ในช่วง $\pm 5\%$
NCCLS/ CLSI	1994	กำหนดความผิดพลาด \geq ร้อยละ 95

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์ความคลาดเคลื่อนที่กำหนดโดยหน่วยงานต่างๆ (ต่อ)

หน่วยงาน	ปี	เกณฑ์มาตรฐาน
	2002	-ความเข้มข้นของระดับน้ำตาลต่ำกว่า 5.6 mmol(< 100 mg/dl) ควรมีความผิดพลาดอยู่ในช่วง ± 0.8 mmol(15mg/dl) -ความเข้มข้นของระดับน้ำตาลสูงกว่า 5.6 mmol(≥ 100 mg/dl) ควรมีความผิดพลาดอยู่ในช่วง ± 20 กำหนดความผิดพลาด \geq ร้อยละ95
	2002	-ความเข้มข้นของระดับน้ำตาลต่ำกว่า 4.2mmol(<75 mg/dl) ควรมีความผิดพลาดอยู่ในช่วง ± 0.8 mmol(15mg/dl) -ความเข้มข้นของระดับน้ำตาลสูงกว่า 4.2mmol(≥ 75 mg/dl) ควรมีความผิดพลาดอยู่ในช่วง ± 20
ISO15197	2013	กำหนดความผิดพลาด \geq ร้อยละ95 -ความเข้มข้นของระดับน้ำตาลต่ำกว่า 4.2mmol(< 100 mg/dl) ควรมีความผิดพลาดอยู่ในช่วง ± 0.8 mmol(15mg/dl) -ความเข้มข้นของระดับน้ำตาลสูงกว่า 4.2mmol(≥ 100 mg/dl) ควรมีความผิดพลาดอยู่ในช่วง ± 20

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นราย ผู้ป่วย ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานผู้ป่วยนอก โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือเลือดและพลาสมาของผู้ป่วยที่แพทย์สั่งตรวจระดับน้ำตาลติดตามการรักษา และผู้ป่วยที่เจาะเลือดตรวจประจำปีมีทั้งควบคุมระดับน้ำตาลได้และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 114 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 เครื่อง Accucheck Instantคือ เครื่องตรวจน้ำตาลจากเส้นเลือดฝอย เส้นเลือดดำ เส้นเลือดแดง และเส้นเลือดเต็กทารกแรกคลอด โดยใช้หลักการ Electrochemical ที่ใช้ FAD-GDH ให้ผลรวดเร็วที่ผ่านการรับรอง ISO 15197 : 2013 วัดระดับน้ำตาลได้ตั้งแต่ 10-600 มิลลิกรัม

1.2 แถบตรวจทดสอบ (Test strip) หลักการตรวจวิเคราะห์ของเครื่องมือคือ Electrochemical Technology หรือ Biosensor ซึ่งเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการวัดอิเล็กตรอนที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาระหว่างน้ำตาลกลูโคสและเอนไซม์ที่จำเพาะต่อน้ำตาลกลูโคสที่มีอยู่ในแถบทดสอบคือ เอนไซม์กลูโคสดีไฮโดรจีเนส (Glucose dehydrogenase) ซึ่งจะเปลี่ยนน้ำตาลกลูโคสในเลือดให้เป็น กลูโคโนแลคโตน (Gluconolactone) ในระหว่างการเกิดปฏิกิริยาจะมีการปล่อยอิเล็กตรอนออกมา อิเล็กตรอนที่เกิดขึ้นจะจับกับรูปลูกซีไดซ์ของเฮกซาไซยาโนเฟอร์เรต 3+ (hexacyanoferrate3+) และเปลี่ยนให้เป็นรูปรีดิวซ์เฮกซาไซยาโนเฟอร์เรต 2+ เครื่องจะอ่านและแปลผลระดับน้ำตาลจากกระแสไฟฟ้าที่เกิดจากความต่างศักย์ระหว่างขั้วอิเล็กโทรดสองขั้ว ซึ่งแสดงการเปลี่ยนเฮกซาไซยาโนเฟอร์เรต 3+ เป็น เฮกซาไซยาโนเฟอร์เรต 2+

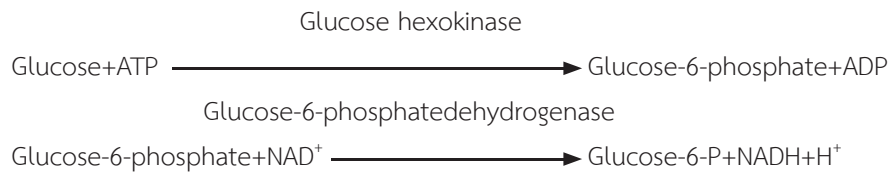
ตารางที่ 2 System Specification ของ Accucheck Instant

System Specification	
Measurement principle	FAD glucose dehydrogenase (GDH),electrochemical
Range of Measurement	10 to 600 mg/dL
Measuring time	Less than 4 seconds
Operating temperature	4°C to 45 °C (39°F to 113 °F)
Operating humidity	10 to 90%
Test strip expiration	Test strip remain stable up to the expiration date printed on test strip vial ,even after opening (test strip container must be tightly closed after each test strip is removed)
Sample volum	0.6 µL
Hematocrit range	10 to 65%
Sample types	Capillary ,venous, arterial, neonatal
Reference method	Hexokinase with dehydroteinzation, converted into plasma values according to IFCC recommendation

2. สารควบคุมคุณภาพค่าต่ำ และค่าสูง (Control Reagent for ACCU-CHECK : Low and High Level) เป็นสารควบคุมคุณภาพจากบริษัทโรช ไตแอกโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด ที่มีค่าความเข้มข้นของน้ำตาลต่ำและสูงระหว่าง 35-55 mg/dL และ 262- 352 mg/dL ตามลำดับ

3. เครื่อง SYSMEX BX4000 คือ ซึ่งเป็นเครื่อง Automate เป็นเครื่องวิเคราะห์ชีวเคมีอัตโนมัติแบบเต็มรูปแบบ ซึ่งสามารถใช้งานการวิเคราะห์แบบ Turbidimetric ได้เป็นประจำในการตรวจตามมาตรฐานทดสอบต่อชั่วโมงระดับน้ำตาลได้ตั้งแต่ 1-500 มิลลิกรัม ใช้หลักการ Enzymatic UV โดยใช้เอนไซม์ hexokinase ใช้ชุดน้ำยาสำเร็จรูปของบริษัท Dia Sys Diagnostic Systems GmbH น้ำยาเป็นแบบพร้อมใช้งาน (Reddy to use) 3. controlTruLab N TruLab P มีสารมาตรฐาน (standard material) standard DiaSysTruCal U เป็น lyophilize calibrator คงตัวจนถึงวันหมดอายุที่ระบุไว้ข้างภาชนะที่บรรจุ ที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส

เมื่อทำการผสมสารละลายแล้ว คงตัวที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส ได้นาน 8 ชั่วโมง -20 องศาเซลเซียส ได้นาน 1 เดือน Reagent เมื่อเปิดใช้งานแล้ว น้ำยามีความคงตัวที่ 42 วัน ของบริษัท DiaSysDiagnostic Systems GmbH หลักการวิเคราะห์ใช้หลักการ Enzymatic UV โดยใช้เอนไซม์ Hexokinase จะไปเร่งกระบวนการ Phosphotiation ของกลูโคสด้วย Adenosine triphosphate (ATP) เกิดเป็น Glucose-6-phosphate และ adenosine driphosphate (ADP) ปฏิกริยาต่อมาอาศัยเอนไซม์ Glucose-6-phosphatedehydrogenase (G-6-PD) เร่งปฏิกริยา oxidation ของ Glucose-6-phosphate โดย nicotinamide Adenine dinucleotide phosphate (NADP) ได้เป็น NADPH ซึ่งปริมาณ NADPH ที่เกิดขึ้นจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับปริมาณกลูโคสที่มีอยู่ในตัวอย่าง ตรวจสามารถดูคลื่นแสงที่มีความยาวคลื่น 340 nm



4. เครื่อง Accucheck Instant คือ เครื่องตรวจน้ำตาลจากเส้นเลือดฝอย เส้นเลือดดำ เส้นเลือดแดง และเส้นเลือดเด็กทารกแรกคลอด โดยใช้หลักการ Electrochemical ที่ใช้ FAD-GDH แถบตรวจทดสอบ (test strip) หลักการตรวจวิเคราะห์ของเครื่องมือคือ Electrochemical Technology หรือ Biosensor ซึ่งเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการวัดอิเล็กตรอนที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาระหว่างน้ำตาลกลูโคสและเอนไซม์ที่จำเพาะต่อน้ำตาลกลูโคสที่มีอยู่ในแถบทดสอบคือ เอนไซม์กลูโคสดีไฮโดรจีเนส (glucose dehydrogenase) ซึ่งจะเปลี่ยนน้ำตาลกลูโคสในเลือดให้เป็น กลูโคโนแลคโตน (Gluconolactone) ในระหว่างการเกิดปฏิกิริยาจะมีการปล่อยอิเล็กตรอนออกมา อิเล็กตรอนที่เกิดขึ้นจะจับกับรูปลูกบาศ์กของเฮกซาไซยาโนเฟอร์เรต³⁺ (hexacyanoferrate³⁺) และเปลี่ยนให้เป็นรูปรีดิวซ์เฮกซาไซยาโนเฟอร์เรต²⁺ เครื่องจะอ่านและแปลผลระดับน้ำตาลจากกระแสไฟฟ้าที่เกิดจากความต่างศักย์ระหว่างขั้วอิเล็กโทรดสองขั้ว ซึ่งแสดงการเปลี่ยนเฮกซาไซยาโนเฟอร์เรต³⁺ เป็นเฮกซาไซยาโนเฟอร์เรต²⁺ ในระยะเวลา 4 วินาที

5. Control TruLab N TruLab P มีสารมาตรฐาน (Standard material) standard DiaSys TruCal U เป็น lyophilize calibrator คงตัวจนถึงวันหมดอายุที่ระบุไว้ข้างภาชนะที่บรรจุ ที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส เมื่อทำการผสมสารละลายแล้ว คงตัวที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส ได้นาน 8 ชั่วโมง -20 องศาเซลเซียส ได้นาน 1 เดือน Reagent เมื่อเปิดใช้งานแล้ว น้ำยามีความคงตัวที่ 42 วัน

6. เครื่องปั่นเลือด centrifuge ที่ใช้ความเร็ว 3000 rpm เป็นเวลา 5 นาที Needle, syring, tube NaF
ขั้นตอนดำเนินการ

6.1 ก่อนการตรวจวิเคราะห์

6.1.1 ก่อนทำการตรวจวิเคราะห์หาค่าปริมาณ

FBS ในสิ่งส่งตรวจทั้ง NaF blood ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ SYSMEX BX4000 โดยใช้ control TruLab N ค่าระหว่าง 74.6-103mg/dL และ TruLab P 224-309mg/dL หลังจากนั้นเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ จำนวน 1-2 มิลลิลิตรใส่ใน NaF blood มาใส่เครื่องปั่นเลือด (Centrifuge X) ที่ใช้ความเร็ว 3000 rpm บิน 5 นาที ตรวจหาปริมาณ FBS

6.2 เครื่อง Accucheck Instant หรือเครื่องตรวจน้ำตาลแบบพกพา ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องสูง (Control Reagent for ACCU-CHECK : Low and High Level) เป็นสารควบคุมคุณภาพจากบริษัทโรช ไดแอกโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด ที่มีค่าความเข้มข้นของน้ำตาลต่ำและสูงระหว่าง 35-55 mg/dL และ 262- 352 mg/dL ตามลำดับ และนำเลือดที่เหลือใส่ใน Strip วัดค่าระดับน้ำตาล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 3 มกราคม 2562 หมายเลขใบรับรอง COE0092562 และได้อธิบายความสำคัญ วัตถุประสงค์ของงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างหรือญาติสายตรงที่รับผิดชอบผู้ป่วยทราบและลงนามตามความสมัครใจที่จะเข้าร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบบันทึกผลผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลลงข้อมูลด้วยโปรแกรม HosXP, Microsoft Excel, SPSS ลงผลใน work sheet เคมีคลินิก

1) เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการตามข้อบ่งชี้ซึ่งเป็นไปตามดุลพินิจของแพทย์ ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้รับอนุญาตในหนังสือยินยอมโดยเต็มใจ

2) การเก็บตัวอย่างเลือดจากอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการตรวจวัดระดับกลูโคสภายใน

โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงที่แพทย์สั่งตรวจผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับตรวจระดับสารในเลือดจากผู้ป่วยรายเดียวกัน จำนวน 114 ราย ทุกคนงดอาหารก่อนทำการเก็บตัวอย่าง เลือดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยผู้ป่วย 1 ราย ผู้วิจัยจะเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ จำนวน 3 ซีซี จะถูกเก็บในหลอด Sodium fluoride เป็นสารกันเลือดแข็ง 2 ซีซี ตัวอย่างเลือดเจาะจากเส้นเลือดดำที่เหลือจาก Syring 1 หยด ลง Stip เครื่อง Accu check Instant ซึ่งเป็นเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วรอเข้าเครื่องอ่านผล 4 วินาที บันทึกผลตรวจจากเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วถอดแถบตรวจที่ใช้แล้วออกจากเครื่อง เตรียมเครื่องให้พร้อมเพื่อตรวจรายต่อไป นำตัวอย่างเลือดเจาะจากเส้นเลือดดำใส่หลอดเลือด NaF 2 ซีซี ไปปั่นแยกพลาสมา ด้วยเครื่อง Centrifuge (NUVE NF 200) ที่ความเร็วรอบ 3000 rpm /นาที ปั่น 5 นาที นำหลอดเลือดแยกพลาสมาแล้วมาตรวจหาปริมาณ FBS ซึ่งจะทำการตรวจวิเคราะห์หาระดับน้ำตาลทุกวัน ด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ SYSMEX BX4000

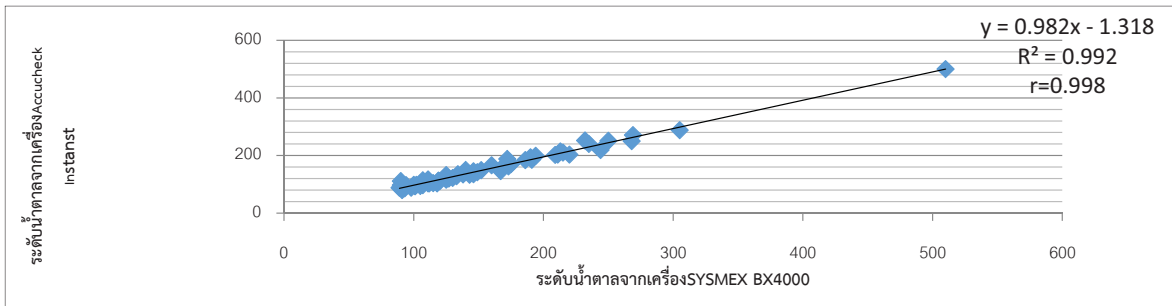
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

สำหรับวิธีการศึกษาโดยนำค่าผลการตรวจ FBS โดยใช้วิเคราะห์อัตโนมัติ SYSMEX BX4000 กับเครื่อง Accucheck Instant หรือเครื่องตรวจน้ำตาลแบบพกพา จำนวน 114 ราย มาหาค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน Coefficient of variation (%CV) ค่า 95% Confidence Interval (CI) การประเมินค่าความถูกต้องทดสอบ Accuracy ใช้ค่า (%bias) และทดสอบหาความแตกต่าง Dependent paired t- test ด้วยกระบวนการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ค่าความไว (Sensitivity) ค่าความจำเพาะ (Specificity) การประเมินค่าความถูกต้อง คือ ร้อยละความแตกต่างของค่าที่ตรวจวัดได้กับค่าเป้าหมาย (%bias) %bias

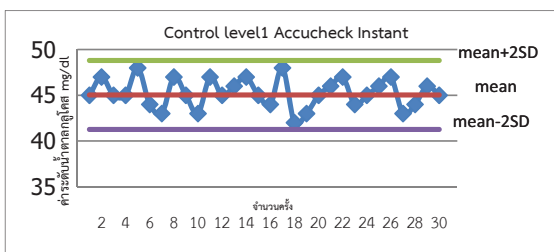
= ค่าที่ตรวจวัดได้-ค่าเป้าหมาย x 100 หารด้วย ค่าเป้าหมาย
วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) คำนวณออกมาเป็น ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และค่าสูงสุด - ต่ำสุด

ผลการวิจัย

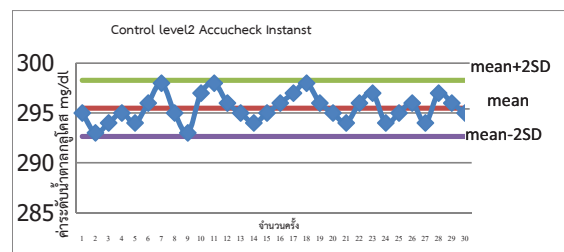
จากการสุ่มตัวอย่าง 114 ราย พบว่ามีเพศชาย 58 ราย เพศหญิง 56 ราย มีอายุเฉลี่ยที่ 65 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 86 ปี อายุมากกว่า 60 ปี ราย พบว่าค่าระดับน้ำตาลในพลาสมาของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 ราย การวัดด้วยเครื่องตรวจมาตรฐานในห้องปฏิบัติการด้วยวิธีมาตรฐานมีค่า 80-500 mg/dl และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลคือ 151.8 mg/dl โดยแบ่งเป็นระดับน้ำตาล น้อยกว่า 80 ไม่มี, 81-120, 121-200, 201-300, 301-400 mg/dl เป็นจำนวน 34 ราย 49 ราย 18 ราย 11 ราย 1 ราย 1 ราย ตามลำดับ ผลความแม่นยำเครื่อง Accucheck Instant พบว่ามี within run CV อยู่ในช่วงร้อยละ 1.8 +3.5 และ between-run CV เป็นร้อยละ 1.4 + 2.8 มีค่าน้อยกว่า 5 จากเกณฑ์ความถูกต้อง ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย 114 ราย ที่วัดได้จากเครื่อง Accu check Instant เป็นเครื่องตรวจปลายนิ้ว 155.7 +66.6 mg/dl มีค่าระหว่าง 84-512 mg/dl เครื่องตรวจมาตรฐานในห้องปฏิบัติการด้วยวิธีมาตรฐานยี่ห้อ SYSMEX Bx 4000 มีค่าเฉลี่ย 151.8 + 65.1 mg/dl มีค่าระหว่าง 80-500 mg/dl ค่าระดับน้ำตาลที่วัดโดยเครื่อง Accu check Instant เปรียบเทียบกับค่าระดับน้ำตาลที่วัดโดยวิธีมาตรฐานเครื่อง SYSMEX Bx4000 พบว่าไม่แตกต่างกันทางนัยสถิติ ($P > .05$) และ ร้อยละของความผิดพลาดอยู่ระหว่าง 5.44-10.88 % พบว่าค่า $r = 0.998$ มีความสัมพันธ์กันดี ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนด ISO 15173:2013 และ CLSI



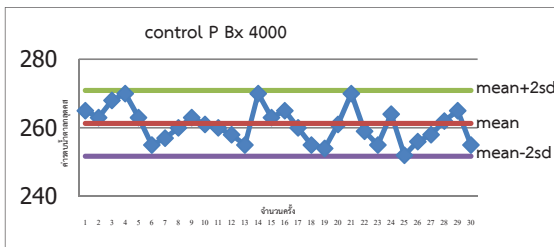
ภาพที่ 1



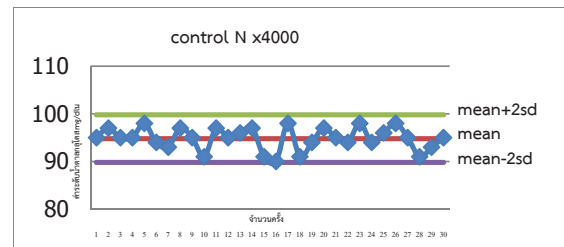
ภาพที่ 2



ภาพที่ 3



ภาพที่ 3



ภาพที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าร้อยละความคลาดเคลื่อน %bias ของระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วด้วยเครื่อง Accu-chekInstanst กับเลือดจาก NaF โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์หัตถ์โนมัตียี่ห้อ SYSMEX Bx 4000 สำหรับโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

ISO 15197 :2013	จำนวน/ทั้งหมด %
พลาสมากลูโคส \leq 100 mg/dl Bias อยู่ในช่วง \pm 15 mg/dL	24/24100
พลาสมากลูโคส $>$ 100 mg/dl Bias อยู่ในช่วง \pm 20 %	87/9096.6
รวม	111/114 97

ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วด้วยเครื่อง Accu-chekInstanst กับเลือดจาก NaF โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์หัตถ์โนมัตียี่ห้อ SYSMEX Bx4000 สำหรับโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงเมื่อเปรียบเทียบกับระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างเครื่องหัตถ์โนมัตียี่ห้อ SYSMEX Bx 4000 ตรวจห้องปฏิบัติการกับ เครื่อง Accu-chekInstanst ตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา พบว่าไม่แตกต่างกัน

($p > .05$) และร้อยละของความผิดพลาด (%bias) อยู่ระหว่าง 5.44-10.88% โดยมีค่า 95% confidence interval 2.3-5.5 mg/dL ค่าเฉลี่ยความต่างทั้งสอง (Mean difference) 3.9mg/dL สามารถใช้ค่าระดับน้ำตาลจากเครื่องตรวจชนิดพกพา เทียบเคียงกับเครื่องตรวจในห้องปฏิบัติการ เครื่องตรวจมีความถูกต้อง แม่นยำ และคุณภาพที่ดีอยู่เกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของราคาต้นทุนและระยะเวลาการรอคอยผลที่ตรวจเลือดจากปลายนิ้วด้วยเครื่อง Accu-chekInstanst กับเลือดจาก NaF โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์หัตถ์โนมัตียี่ห้อ SYSMEX Bx 4000 สำหรับโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงจำนวน 114 ราย

เครื่อง/ราคาต้นทุน	Strip+lansete	Glucose reagent	Syringe+needle	Tube NaF	ต้นทุน	มูลค่ารวม114
Accu-chekInstanst	7.19	-	-	-	7.19	820
SYSMEX Bx 4000	-	18.7	2.5	2.3	23.50	2,679
แตกต่าง					16.31	1,859
ร้อยละ						69

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของระยะเวลาการรอคอยผลที่ตรวจเลือดจากปลายนิ้วด้วยเครื่อง Accu-chekInstanst กับเลือดจาก NaF โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์หัตถ์โนมัตียี่ห้อ SYSMEX Bx 4000 สำหรับโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงจำนวน114 ราย

	เครื่อง Accu-chekInstanst	เครื่อง SYSMEX Bx 4000	ความแตกต่าง
เจาะเลือด	10 วินาที	60 วินาที	50 วินาที
ปั่นเลือด	-	5 นาที	5 นาที
เข้าเครื่อง+ออกผล	5+30 วินาที	20+1นาที	20.25นาที
รวม	45 วินาที	27นาที	26.15*114=49 ชั่วโมง 40 นาที

วิจารณ์

ผลที่ได้จากการตรวจระดับน้ำตาลด้วยเครื่อง POCT Glucose Accu-checkInstant มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย ผลที่ได้จากเครื่อง POCT Glucose ต้องมีความถูกต้องและแม่นยำ ราคาต้นทุนต่อ 1 รายงานผลของเครื่องAccu-checkInstant ชนิดพกพาถูกกว่าเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติยี่ห้อ SYSMEX Bx 4000 อยู่ 16.31 บาท คิดเป็นร้อยละ 69 และระยะเวลาการรอคอยผลตั้งแต่เจาะเลือดถึงออกผลต่อ 1 รายงานผล ใช้เวลาน้อยกว่าคือ 26 นาที 15 วินาที เพื่อให้แพทย์สามารถแปลผลการตรวจและรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ให้ผลสอดคล้องกับเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่ใช้ตามหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระปกเกล้าระดับกัลุโคสไม่แตกต่างกันวิเคราะห์โดยแต่ละ Glucometers CV เฉลี่ยเท่ากับ 1.99 เปอร์เซ็นต์ 5 ที่นั้นมีความสัมพันธ์ที่ตรงระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดที่วิเคราะห์โดย Glucometers และระดับกัลุโคสในพลาสมาวิเคราะห์ด้วยวิธีมาตรฐาน ($r = 0.99$) กัลุโคสในเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 118.6 ± 57.5 มิลลิกรัม / เดซิลิตรและค่าเฉลี่ยมาตรฐานน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 129.4 ± 65.3 มก. / ดล. ความแตกต่างเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 10.83 mg / dL (95% CI = 7.63-14.04 mg / dL) 97.5 เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด Accu-Chek® Advantage ทั้งหมดมีความแม่นยำและความถูกต้องยอมรับได้การที่ได้ผลวิจัยเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยมีการควบคุมคุณภาพของเครื่องตรวจวัดสารควบคุมคุณภาพ Control Low และสารควบคุมคุณภาพ Control High ด้วยเครื่อง Accu-checkInstant พบว่าความถูกต้องช่วงค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ mean + 2SD เทคนิคการตรวจที่ถูกต้องแต่ด้วยขนาดของเครื่อง Accu-checkInstant มีขนาดเล็กและ strip สิ้นเวลาตรวจวิเคราะห์อาจมีการปนเปื้อน เสียบบยาก ดึงออกยาก ความสะดวกของผู้ใช้งานน้อยกว่า Accu-Chek® Advantage ค่าระดับน้ำตาลที่วัดโดยเครื่อง Accu check Instant เปรียบเทียบกับค่าระดับน้ำตาลที่วัดโดยวิธีมาตรฐานเครื่อง SYSMEX Bx4000 พบว่ามีค่า $r=0.998$ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p>.05$)

สรุป

การทดสอบความเป็นเส้นตรงความแม่นยำ ความถูกต้องของเครื่อง Accu check Instant อยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือ ทำให้มั่นใจว่าเครื่องตรวจนี้มีคุณภาพที่ดีอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและราคาต้นทุนถูกกว่า ระยะเวลาในการรอคอยผลน้อยกว่าเครื่องมาตรฐาน SYSMEX Bx4000

ข้อเสนอแนะ

เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วมีความถูกต้องแม่นยำใกล้เคียงกับเครื่องมาตรฐานห้องปฏิบัติการซึ่งสามารถใช้ในการติดตามผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยนอนเตียงในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน เนื่องจากเครื่องตรวจปลายนิ้วใช้เลือดน้อยเจาะปลายนิ้ว อ่านผลในเวลา 5 วินาที ต้นทุนถูกกว่าใช้เวลาน้อย จึงเหมาะสมจะใช้ในจุดดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลทุงเขาหลวง ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้คือไม่ได้นำข้อมูลประวัติต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น ยา ความเจ็บป่วย ระดับ Hematocrit มาวิเคราะห์ร่วมด้วย เพราะภาวะเหล่านี้มีผลต่อการวัดระดับน้ำตาลในเลือดของเครื่อง POCT glucose ซึ่งผู้เจาะเลือดจะต้องได้รับการอบรมการใช้เครื่องอย่างถูกวิธี และเครื่องจะต้องมีการเช็คสภาพให้เป็นไปตามข้อกำหนดการดูแลรักษาของบริษัท ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004 ; World Health Organization [WHO],2007a
2. สุนทร ตันชนันท์. (2548). ใส่ใจเท้าก่อน..เพื่อการถูกบั้นขา, เบาหวาน, 37(1)
3. World Health Organization. 2007b. **Prerelence of diabetes in the who South-Eadt Asia egion.** Retrieved July 4,2007, from <https://www.who.int/diabetes/fact>
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553).
5. จันราทิผล ธัญลักษณ์กัณธิโก วิทว.บ. (เทคนิคการแพทย์) วีวรรณอาชีวะว.บ. (เทคนิคการแพทย์) ไพบูลย์จันทสุทธิกุลการศึกษาความเที่ยงและความตรง (Precision and Accuracy) ของเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่ใช้ตามหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

6. ญัฐพงศ์ โฆษุณทนต์. (2551). แนวทางการใช้ยาเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. ชนิดที่สอง.
7. พรทิพย์ โล่เลขา. การตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกเพื่อการวินิจฉัย ติดตาม ควบคุม และการรักษาโรคเบาหวาน. JMedTechAssoe Thai 1990 ; 18 : 976-8
8. วิชัย เอกพลากร. มหันตภัยเบาหวาน. หมอชาวบ้าน 26(303) : ก.ค. 2549 ; 12-15.
9. วิมลรัตน์ จงเจริญและคณะ. (2551). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2. สงขลานครินทร์เวชสาร. 1(26) : ม.ค.-ก.พ. 2551.
10. สุทิน ศรีอัมภาพร, วรณีย์ นิธิยานันท์, บรรณาธิการ. (2548). โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

**ผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ผู้ป่วยฉุกเฉิน
ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ**
**The effectiveness of using the Modified Early Warning Signs
in emergency patients at the Emergency Department, Selaphum Hospital**

เนาวรัตน์ ภูมิบุญชู*

นฤมล มะลาไสย**

Naovarut Phumboonchu

Narumol Malasai

Corresponding author : Email : phummi2508@gmail.com

(Received: October 26, 2019 ; Revised: November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน (Modified Early Warning Signs : MEWS) ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิต่อการกลับมารักษาซ้ำ การส่งรักษาต่อและการใส่ท่อช่วยหายใจ ใน 24 ชั่วโมง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ผ่านการคัดแยกตามเกณฑ์ Emergency Severity Index : ESI 5 ระดับ โดยเป็นระดับ 2 (Emergent) และระดับ 3 (Urgent) จำนวน 120 คนกับข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2561 จำนวน 120 คน ศึกษาในวันที่ 1 มกราคม-31 กรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Fisher's exact test

ผลการวิจัย : การคัดกรองกลุ่มผู้ป่วย ESI เดียวกันอยู่ใน MEWS หลายกลุ่มความแม่นยำขึ้นอยู่กับผู้คัดกรอง ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำและการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนการส่งรักษาต่อโดยไม่วางแผน ลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : MEWS จึงเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่ช่วยให้พยาบาลประเมินผู้ป่วย ตัดสินใจต่อการดูแลผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามความเร่งด่วนควรเผยแพร่การนำใช้ MEWS ในหน่วยงานต่างๆ ควรพัฒนาโปรแกรมคำนวณ MEWS เชื่อมต่อกับโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาการบันทึกข้อมูล

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน Modified Early Warning Signs ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

* หัวหน้างานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลเสลภูมิ

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลเสลภูมิ

ABSTRACT

Purpose : to study the effectiveness of using the Modified Early Warning Signs (MEWS) in patients at Emergency Department of Selaphum Hospital.

Design : A quasi-experimental research

Materials and Methods : The study participants included : 120 ER patients which were triaged as having Emergency Severity Index (ESI) of level 2 (Emergent) and level 3 (Urgent) between January 01- July 31, 2019 were enrolled into the study to use the Modified Early Warning Signs in guiding patient cares comparing with 120 ER patients in 2018 from Medical record review with standard patient cares. The main parameters of the study were 1) Unplanned ER revisit within 24 hrs after ER discharge, 2) Unplanned Referral within 24 hrs after hospital admission, 3) Unplanned ET intubation within 24 hrs after hospital admission. The data were analyzed using Fisher's exact test.

Main findings : The patients which were the same triaged ESI levels belong to different MEWS groups. The accuracy of the triage was dependent to the experience and skill of the personnels doing the triage. There was no Unplanned ER Revisit with 24 hrs and no Unplanned Referral within 24 hrs. Only one case of Unplanned ET intubation within 24 hrs which was obviously statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion and recommendations : MEWS is an effective trigger tool helping nurses in assessing ER patients for decision making whether to continue emergency medical cares or provide further urgent cares. We suggest that MEWS be used in many other departments in the hospital. The MEWS calculation program should be developed in conjunction with the patient recording program to reduce the recording time.

Keywords : Modified Early Warning (MEWS)Patients of Emergency

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและการประกันคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน¹ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาและการตอบสนองผู้ป่วยด้วยกระบวนการพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ต้องปฏิบัติอย่างมีคุณภาพปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามยังพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะดูแลรักษาเกิดขึ้นบ่อยได้² เนื่องจากการทำงานของมนุษย์มีโอกาสเกิดความผิดพลาดขึ้นเสมอ (Human error)³ ทั้งนี้จากกระแสสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปประกอบกับกฎหมายสิทธิผู้ป่วยความคาดหวังของการใช้บริการเมื่อเกิดภัยอันตรายขึ้น จึงเกิดการร้องเรียนฟ้องร้อง⁴

โรงพยาบาลเสลภูมิเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด่านหน้าให้บริการ 24 ชั่วโมงนอกเวลาราชการตรวจรักษาโดยพยาบาลวิชาชีพ รายงานแพทย์เวรในผู้ป่วยมีอาการซับซ้อน หน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพ 10 คนเป็นผู้มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 มีพยาบาลจากหน่วยงานอื่นช่วยปฏิบัติงาน 5 คน ดังนั้นบางเวรพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยประจำหน่วยงานต้องเป็นหัวหน้าเวร การประเมินผู้ป่วย ดูแลรักษา การตัดสินใจรายงานแพทย์จึงมีโอกาสผิดพลาดได้จากสถิติปี พ.ศ 2559-2561 (ข้อมูลจากเวชระเบียน) พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมงได้แก่ การกลับรักษาซ้ำด้วยอาการรุนแรงขึ้นจำนวน 263, 169, 145 คน ตามลำดับ และพบว่าภายหลัง

ผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 39, 36, 36 คนตามลำดับ ส่งรักษาต่อภายใน 24 ชั่วโมง จำนวน 214, 193, 262 คนตามลำดับ

จากการทบทวนทางคลินิกของสหสาขาวิชาชีพพบว่า อุบัติการณ์ดังกล่าวเกิดจากความผิดพลาดของการประเมิน ทั้งพยาบาลและแพทย์ ซึ่งเป็นแพทย์จบใหม่หมุนเวียนจาก สถาบันต่างๆ การตัดสินใจต่อการดูแลผู้ป่วยจึงแตกต่างกัน ปัจจุบันประเทศไทยใช้การคัดกรองแบบ Emergency Severity Index : ESI ผู้คัดกรองจะต้องมีประสบการณ์และความรู้โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 2 (leve2 : Emergency) เป็นผู้ป่วยมีอาการกำกวมผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนระดับ 3 (leve3 : Urgent) มีอาการกำกวมระหว่างต้องเข้านอนในโรงพยาบาลหรือกลับบ้านอาการอาจรุนแรงขึ้นได้ทำให้กลับมารักษาซ้ำส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยด้านร่างกายได้แก่ เสียชีวิต อาการทรุดหนัก ต้องนอนพักรักษานานขึ้นหรือส่งต่อโดยไม่ได้วางแผนสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เกิดข้อร้องเรียน สูญเสียภาพลักษณ์ขององค์กรผู้ปฏิบัติงานขาดความมั่นใจ และเกิดข้อขัดแย้งระหว่างบุคคลหรือหน่วยงาน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการใช้รูปแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนโมดิไฟด์ เออร์รี่ วอร์นิงซาย (Modified Early Warning Signs : MEWS) ทำให้อัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติลดลงร้อยละ 1.8 ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยขึ้นและ ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยแบบเชิงรุก (Early detection) มีการเฝ้าระวังอาการและได้รับการดูแลรักษาาก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ร้อยละ 100^{5,6} โดย MEWS ประกอบด้วยพารามิเตอร์ของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ 5 ตัวได้แก่ อัตราการหายใจ, อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร, ความดันโลหิตตัวบนอุณหภูมิกายและระดับความรู้สึกตัว^{6,7,8,9} ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้นำมาใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือนผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนจำหน่ายออกจากห้อง

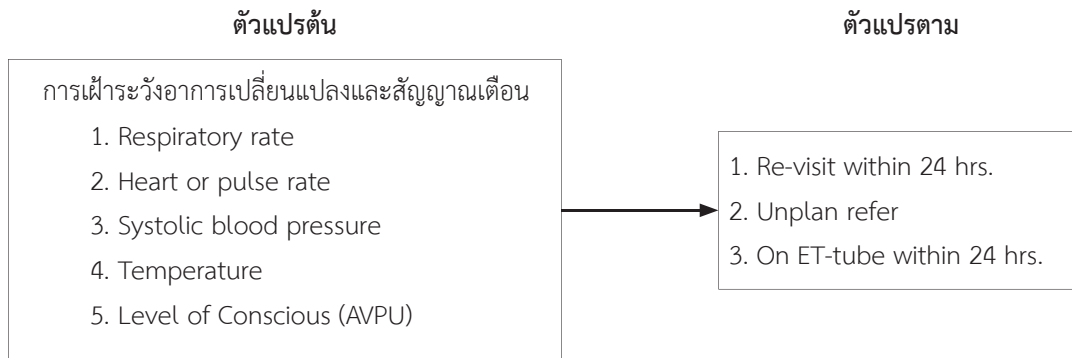
อุบัติเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับตอบสนองการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วนให้ทันต่ออาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงลดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง ลดการส่งต่อที่ไม่ได้วางแผน และการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมงโดยเน้นความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน (Modified Early Warning Signs:MEWS) ในผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิต่อการกลับมารักษาซ้ำ การส่งรักษาต่อและการใส่ท่อช่วยหายใจ ใน 24 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One Group Pretest - Posttest Design ด้วยการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือนในผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินด้วย Modified Early Warning Signs : MEWS^{6,7,8,9,10} เป็นเครื่องมือประเมินข้อมูลจากสรีระวิทยาผู้ป่วย 5 ตัวได้แก่ Respiratory rate, Heart or pulse rate, Systolic blood pressure, Temperature, Level of Conscious (AVPU) แต่ละพารามิเตอร์แบ่งคะแนนเป็น 0-3 คะแนน ค่าคะแนนสูงมากขึ้นผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดหนักเพิ่มขึ้น ต้องตอบสนองและติดตามถี่ขึ้น ดังนั้นเมื่อได้คะแนนรวมทั้งหมดแล้วนำไปเทียบกับตารางการตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วย MEWS นำสู่การตัดสินใจการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อสถานการณ์ส่งผลให้ลด Unplan Re-visit within 24 hrs. Unplan refer On ET-tube within 24 hrs (การวิจัยครั้งนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจใดๆของแพทย์) ดังกรอบแนวคิดแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรศึกษา : ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non trauma) ที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอายุ ≥ 15 ปีขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index : ESI) ผู้ป่วยฉุกเฉิน level 2 (Emergent) และ level 3 (Urgent) ในโรงพยาบาลเสถียร

กลุ่มตัวอย่าง : ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วย ESI level 2 (Emergent) จำนวน 1,595 คน และ level 3 (Urgent) จำนวน 7,847 คน คำนวณจากเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน level 2, level 3 จำนวน 9,443 คน เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 787 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n) ใช้เกณฑ์ค่าร้อยละ 15 ของประชากร¹¹ และใช้การคำนวณ proportional to size เพื่อหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละ level ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คนเป็นผู้ป่วย level 2 จำนวน 20 คน level 3 จำนวน 100 คน เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินในเวรป่วยและเวรตึกจนกว่าจะครบตามขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่าง กลุ่มที่ 2 ได้จากข้อมูลเวชระเบียน ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 120 คน ย้อนหลัง 6 เดือน แต่ มกราคม 2561 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2561 ด้วยเกณฑ์การคัดเข้าเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอายุ ≥ 15 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index:ESI) เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน level 2 (Emergent) และ level 3 (Urgent)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care) และผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือทดลอง

1. แบบบันทึกเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS โดยผู้วิจัยพัฒนาจากเกณฑ์คะแนน Modified Early Warning Signs : MEWS^{5,6, 7, 8, 9,12} ดังตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์คะแนน Modified Early Warning Signs : MEWS5

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
SBP	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
HR or PR		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
RR		≤ 8	9-14	15-20		21-29	≥ 30
T (C)		< 35		35.1-38.4		≥ 38.5	
AVPU score				Alert	Reacting to Voice	Reacting to pain	Unresponsive

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS บันทึกข้อมูล MEWS รวมผลคะแนนทั้งหมดนำไปเทียบการ
พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม^{6,9,13,14} เมื่อพยาบาล แปลผลค่าคะแนนรวมและการตอบสนองดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 การแปลผลค่าคะแนนรวมและการตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วย

คะแนน	ระดับความเสี่ยง	การตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วย
0-2	ความเสี่ยงต่ำ	1. วัดสัญญาณชีพ (Vital signs) ตามปกติ ติดตามอาการเหมือนงานประจำ 2. พยาบาลวิชาชีพผู้ประเมินอาการและจัดการอาการรบกวน เช่น อาการปวด ไข้ อื่นๆ 3. พิจารณาเพิ่มความถี่การสังเกต หากไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์
3-4	ความเสี่ยงปาน กลาง	-ประเมินอาการผู้ป่วย ให้การพยาบาล รายงานแพทย์ภายใน 30 นาทีและควรรับไว้ ในโรงพยาบาล
3คะแนนใน เกณฑ์เดียว	ความเสี่ยง ปานกลาง	-พยาบาลวิชาชีพรายงานแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเพิ่มการดูแลรักษาที่จำเป็น
5-6	ความเสี่ยงสูง	1. พยาบาลวิชาชีพประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานแพทย์ภายใน 15-30 นาที 2. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาพื้นที่ที่สามารถช่วยเหลือได้ทันที 3. กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองการรักษา ควรจะปรึกษาแพทย์หรือพิจารณาส่งรักษาต่อ ไป
≥7	ความเสี่ยงสูงมาก หรือผู้วิกฤติ	1. รายงานแพทย์ทันทีให้การดูแลผู้ป่วยแบบวิกฤติและเตรียมเปิดทางเดินหายใจ (ET-tube) กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ จัดผู้ป่วยอยู่พื้นที่วิกฤติ 2. ติดเครื่องเฝ้าระวังติดตามตลอดเวลาและพิจารณาส่งรักษาต่อหรือเคลื่อนย้ายไป ICU

หมายเหตุ : การตอบสนองในผู้ป่วยโรคภาวะโลหิตจางจะต้องพิจารณาผลเลือดประกอบ และกรณี MEWS เพิ่มขึ้นจากเดิม 2 คะแนนให้
รายงานแพทย์ทุกกรณี

การวิจัยนี้ได้ใช้โปรแกรมคำนวณ MEWS7 จาก
Evidencio Medical Decision Support 2019

เพื่อความสะดวกต่อคะแนนรวมและง่ายต่อปฏิบัติ
ได้บันทึกโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือและเครื่องคอมพิวเตอร์
สำนักงานนำผลคะแนนรวมไปเทียบกับตารางที่ 2

2. แบบบันทึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่
เพศ อายุ โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยด้านระดับของ
ภาวะฉุกเฉินตามเกณฑ์ ESI ผลการประเมิน MEWS สภาพ
การณ์ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน อุบัติการณ์
ไม่พึงประสงค์ ภายใน 24 ชั่วโมงจำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของเครื่องมือ
ทดลอง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข
ตามคำแนะนำแล้วนำไปทดลองใช้ให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิด
เห็นปรับแก้ ภาษาให้เข้าใจง่ายแล้วทดลองใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ

ใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูปดังนี้ การวิเคราะห์
ข้อมูลส่วนบุคคล การผลใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่า
เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่
พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมงระหว่างก่อนและหลังการใช้แบบ
เฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ด้วยสถิติ Fisher's exact test

ระยะเวลาดำเนินงาน ระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างวัน
ที่ 1 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2562

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบท สภาพปัญหา วิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมจัดทำแบบบันทึกฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS โดยการประยุกต์จากเกณฑ์ Modified Early Warning Signs : MEWS^{6,7,8,9,12} จัดทำแบบบันทึกรวบรวมข้อมูล ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา นำเสนอผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาการดูแลทางคลินิก ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อความเห็นชอบการใช้แบบฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS จัดทำคู่มือการใช้ แต่งตั้งคณะทำงานวิจัยในผู้เกี่ยวข้องเพื่อมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของจริยธรรมการวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ประชุมให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและวิธีการใช้แบบฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS โปรแกรมคำนวณ MEWS นำไปทดลองใช้ประเมินผู้ป่วย ฝ้าสังเกตการโดยระยะแรกพบว่าผู้ปฏิบัติลงบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องและได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นวิธีบันทึกที่ถูกต้องทั้งนี้ได้สื่อสารการใช้ MEWS กับแพทย์หมุนเวียนประจำห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินทุกคนเก็บรวบรวมข้อมูลสรุปผลและคืนข้อมูลผู้เกี่ยวข้องทุก 2 สัปดาห์ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวน 120 คน ย้อนหลัง 6 เดือนช่วงเวลาเดียวกันในปี 2561

ระยะที่ 3 ระยะสรุปและประเมินผล ทำการสรุปและประเมินผลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องของข้อมูลรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) จากเวชระเบียนก่อนดำเนินการวิจัยปี 2561 และรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Post-test) โดยใช้เครื่องมือทดลองและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนแผนปฏิบัติการ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 5 สิงหาคม 2562 หมายเลขใบรับรอง COE0562562

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 120 คนเพศหญิง (56.7%) มากกว่าเพศชาย (43.3%) คัดแยกตามเกณฑ์ ESI5 ระดับประกอบด้วย Level 2 จำนวน 20 คนและ Level 3 จำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (50.0%) รองลงมาวัยทำงาน (46.6%) วัยรุ่น (3.3%) อายุเฉลี่ย 58 ± 19.15 ปีโดยอายุน้อยที่สุด 16 ปีอายุมากที่สุด 88 ปี โรคประจำตัวพบมากที่สุด 5 ลำดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ

ผลการใช้แบบฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่มประกอบ กลุ่มที่ 1 ความเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-2) กลุ่มที่ 2 ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3-4) กลุ่มที่ 3 ความเสี่ยงสูง (คะแนน 5-6) และกลุ่มที่ 4 ความเสี่ยงสูงมาก (คะแนน ≥ 7) 15 พบว่าผู้ป่วยที่ ESI Level 2 อยู่ใน MEWS กลุ่มที่ 2, 1, 3 ร้อยละ 45, 40, 15 ตามลำดับผู้ป่วย ESI Level 3 อยู่ใน MEWS กลุ่มที่ 1, 2, 4 ร้อยละ 83, 16, 1 ตามลำดับ ผู้ป่วย MEWS กลุ่มที่ 1 จำหน่ายทุเลา 93.5% รับไว้นอนโรงพยาบาล 66.7% กลุ่มที่ 2 ส่งรักษาต่อ 62.5% รับไว้นอนโรงพยาบาล 26.2% กลุ่มที่ 3 ส่งรักษาต่อ 6.3% รับไว้นอนโรงพยาบาล 4.8% กลุ่มที่ 4 จำนวน 1 รายที่รับไว้นอนโรงพยาบาลและส่งรักษาต่อภายใน 24 ชั่วโมง ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การกลับมารักษาซ้ำ (Revisit in 24 hrs.) และการใส่ท่อช่วยหายใจ (On ET-tube within 24 hrs.) ภายหลังจากเข้าอนในโรงพยาบาล (Admit) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน

ข้อมูลการศึกษา	MEWS score(N = 120)			
	0-2(เสียงต่ำ)	3-4 (เสียงปานกลาง)	5-6(เสียงสูง)	≥7 (เสียงสูงมาก)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การคัดกรองผู้ป่วยระดับความรุนแรงตามแนวทางESI				
- ESIlevel 2 (Emergent)	8(40.0)	9(45.0)	3(15.0)	0(0.0)
- ESI level 3 (Urgent)	83(83.0)	16(16.0)	0(0.0)	1(1.0)
2. สภาพการณ์ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน				
- Discharge จำหน่าย	58(93.5)	4(6.5)	0(0.0)	0(0.0)
- รับไว้รักษาต่อ (Admit)	28(66.7)	11(26.2)	2(4.8)	1(2.4)
- ส่งรักษาต่อ (refer)	5(31.3)	10(62.5)	1(6.3)	0(0.0)
- ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งรักษาต่อ (ET-tube with refer)	0	0	0	0
3. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมง				
- กลับมารักษาซ้ำ (revisit)	0	0	0	0
- ส่งรักษาต่อ ภายหลัง Admit	0	0	0	1 (100)
- ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube) ภายหลัง Admit	0	0	0	

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมงระหว่างก่อนและหลังการใช้ MEWS พบว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนใช้ MEWS มีอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ 14.2% การส่งรักษาต่อ(Unplan refer) 29.2% และใส่ท่อช่วยหายใจ3.3% ภายหลังการใช้MEWSพบว่าผู้ป่วยส่งรักษา

ต่อโดยไม่ได้วางแผน 1 ราย ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำและการใส่ท่อช่วยหายใจภายหลังเข้านอนโรงพยาบาลผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนและหลังการใช้ MEWS มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมงระหว่างก่อนและหลังการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS

อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์	ก่อนใช้ MEWS		หลังใช้ MEWS		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลับมารักษาซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง					
- มี	17	14.2	0	0	< 0.001
- ไม่มี	103	85.8	120	0	
Unplan refer (refer หลัง admitted 24 ชั่วโมง)					< 0.001
- มี	35	29.2	1	0.8	
- ไม่มี	85	70.8	119	99.2	
การใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง					< 0.001
- มี	4	3.3	0	0	
- ไม่มี	116	96.7	120	100	

วิจารณ์

ผลการศึกษาการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ผู้ป่วยฉุกเฉิน ในห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโดยศึกษาจากผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์ ESI จากพยาบาลที่จุดคัดแยก 2 กลุ่มคือกลุ่ม ESI level 2 (Emergent) และกลุ่ม ESI level 3 (Urgent) แล้วนำใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม ESI level 2 อยู่ใน MEWS กลุ่มที่ 2, 1, 3 ส่วนผู้ป่วย ESI level 3 อยู่ใน MEWS กลุ่มที่ 1,2 แต่มีผู้ป่วย 1 ราย อยู่ใน MEWS กลุ่มที่ 4 (เสี่ยงสูงมาก) เห็นได้ว่าการคัดกรองผู้ป่วยใช้ที่เกณฑ์ ESI ต้องพิจารณาจากการทรัพยากรหรือกิจกรรมที่ต้องใช้กับผู้ป่วยความแม่นยำขึ้นอยู่กับความรู้ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของผู้คัดกรองตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายนั้นๆ อยู่ ESI ระดับใดพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะคัดกรองได้ไม่แม่นยำเท่ากับพยาบาลที่มีประสบการณ์สูง¹⁶ พยาบาลห้องฉุกเฉินร้อยละ 50 มีประสบการณ์น้อยความแม่นยำจึงต่างกันการนำ MEWS มาใช้ซึ่งเป็นค่าคะแนนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือสัญญาณชีพ (Vital signs) และระดับการรู้สติ (Level of Conscious) 0-3 คะแนนที่

ชัดเจน กลุ่มผู้ป่วย ESI เดียวกันจึงอยู่ใน MEWS หลายกลุ่ม โดยผู้ป่วย MEWS กลุ่มที่ 1 (0-2 คะแนน) มีความเสี่ยงต่ำ มีความปลอดภัย¹⁵ มีความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเล็กน้อยหรือปกติ ให้พิจารณาอาการ ได้แก่ผู้ป่วยมีเวียนอ่อนเพลีย อาการปวด และผลทางห้องปฏิบัติ เมื่อพยาบาลไม่สามารถจัดการกับอาการรบกวนได้ก็จะรายงานแพทย์ หากอาการดีขึ้นก็จะได้จำหน่ายทุเลา 93.5% หากไม่ดีขึ้นก็จะอยู่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 66.7% กรณีไม่มีทรัพยากรก็จะส่งรักษาต่อ 31.3% ผู้ป่วย MEWS กลุ่มที่ 2 (3-4 คะแนน) กลุ่มเสี่ยงปานกลางจำหน่ายส่งรักษาต่อ 62.5% รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 26.2% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้ MEWS ในห้องสังเกตอาการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน พบว่า MEWS score > 4 สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การเข้าห้องไอซียู และการรับเข้าโรงพยาบาลเช่นเดียวกับการศึกษาผลของการใช้ MEWS ในการดูแลต่อเนื่องของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและหอผู้ป่วยหนักงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุศาสตร์พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มี MEWS score ≥ 4 ใน 24 ชั่วโมงจะมีการย้ายกลับ ICU และใส่ท่อช่วยหายใจ (Re-intubation) 17 กลุ่มผู้ป่วยค่า MEWS score (5-6)

กลุ่มเสี่ยงสูงการจำหน่ายส่วนใหญ่ส่งต่อ 6.3% รับไว้รักษา ต่อ 4.8% ผู้ป่วย MEWS score ≥ 5 รับไว้ในโรงพยาบาล 1.7 เท่าและเสียชีวิต 4.6 เท่า 18

การวิจัยนี้มีผู้ป่วย 1 รายคัดกรอง ESI 3 (Urgent) ประเมินด้วย MEWS ≥ 7 กลุ่ม 4 เสี่ยงสูงมากได้รับเข้านอนในโรงพยาบาลจึงพบอุบัติการณ์ส่งรักษาต่อภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน MEWS สูงจะมีแนวโน้มในการรับรักษาในโรงพยาบาลระดับสูงหรือหอผู้ป่วยวิกฤต¹⁴ ผู้วิจัยได้ส่งข้อมูลกลับยังแพทย์เวรเพื่อใช้เป็นข้อมูลต่อการรักษา ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีส่งผลให้ลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในการส่งรักษาต่อภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมง ระหว่างก่อนและหลังการใช้ MEWS พบว่ามีความแตกต่างกัน ($p < .001$) ซึ่งอัตราการรอดของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินขึ้นอยู่กับความรวดเร็วในการรักษาพยาบาลและการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงไปของพยาบาลและรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันเวลา¹² การใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS สามารถตรวจจับหรือสัญญาณเตือนอันตรายที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามหลัก ประโยชน์ของ MEWS ให้การพยาบาลก่อนผู้ป่วยจะมีอาการทรุดหนักลง^{5,13}

สรุปแบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS สามารถลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมงจึงเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่ช่วยให้พยาบาลคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยตัดสินใจต่อการดูแลผู้ป่วยให้การเข้าถึงบริการตามความเร่งด่วนเป็นการสร้างคุณค่าให้กับงานประจำ (Routine) พัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้ก้าวหน้ามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีความปลอดภัยกับผู้ป่วยอย่างสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดประชุมเผยแพร่ความรู้ให้กับหน่วยงานต่างๆ ได้นำใช้ MEWS ให้เกิดประโยชน์ต่อคัดกรองประเมินตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและพัฒนาโปรแกรมคำนวณ MEWS เชื่อมต่อกับโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาการบันทึกข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพรทิพย์ วชิรดิถกและคณาจารย์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด ผู้ที่ให้ความรู้ ข้อชี้แนะและบุคลากรห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวชโรงพยาบาลเสลภูมิที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พร บุญมี, เฉลิมพรรณณ์ เขมลออย. **วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ.** การพยาบาลและการศึกษา. 3 (48) : 2554.
2. บุศกร กลิ่นอวล. (2559). mini research ผลการใช้ Adult Early Warning Scoring System (MEWS) ของหน่วยงาน เข้าถึงได้จาก: <http://www.hospital.tu.ac.th>.
3. กิตติพันธ์ จิรสวัสดิ์. (2017). **เมื่อปัญหาเกิดจากความผิดพลาดของคน (Human Error) จะลดอย่างไร.** เข้าถึงได้จาก: <https://kitroj.wixsite.com/theexcel/lenceway/home-1/author>.
4. สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว, สมพิศ พรหมเดช. **ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล.** **วารสารพยาบาลทหารบก.** 2 : 2557; 67-69.
5. Juan J. Delgado-Hurtado et. Al. Emergency department Modified Early Warning Score as sociation with admission, ad mission disposition mortality, and length of stay. Citation : **Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives.**2016. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848438>.
6. ปณิฏฐา นาคช่วยและคณะ. **MEWS : Adult Pre Arrest Sign กับบทบาทพยาบาล.เวชบันทึกศิริราช.** 3 : 2560 ; 186-189. ค้นจาก file:///C:/Users/titichaya/Downloads/106238-Article%20Text-270078-1-10-20171220%20(5).pdf.

7. Evidencio medical decision support. Modified Early Warning Signs (MEWS). (2019). Available from : <https://www.evidencio.com/models/show/493>.
8. TS Lam and et.(2006) ; 24-30. Validation of a Modified Early Warning Score (MEWS) in emergencydepartment observation ward patients. Hong Kong j. emerg. Med. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/8ab8/43409ee25bb7b826c24c3aa04788738c01e8.pdf>
9. ชัช สุมนานนท์. (2015). **Modified Early Warning Scores (MEWS)**. โรงพยาบาลศรีนครินทร์. เข้าถึงได้จาก:<http://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/13-earlywarning-signs?download=163:early-warning-signs>.
10. ไกรศร จันทน์กมลมิตรและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอายุโรคร่วมกับผลลัพธ์การจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินผู้ใหญ่. **วารสารสภาการพยาบาล**. 2 : 2559 ; 123-132.
11. วาโร เฟ็งสวัสต์. (2551) ; 187-188. **วิธีวิทยาการวิจัย**. กรุงเทพฯ. สุวีริยาสาส์น.
12. J GARDNER-THORPE and et. (2006) : 88 ; 571-575. **The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in-patients : a prospective observational study**. Ann R CollSurgEngl ค้นจาก<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963767/>.
13. แสงโสม ช่วยช่วง. ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจโรงพยาบาลตรัง. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**. 1 : 2561 ; 72-83.
14. กรรณิกา ศิริแสน, สมพันธ์ ทิณชี่ระนันท์, ศากุล ช่างไม้. ประสิทธิภาพของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาล**. 3(64) : 2558 ; 54-60.
15. แสงโสมช่วยช่วง.ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจโรงพยาบาลตรัง. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**. 29 : 2561 ; 72-81.
16. Gilboy N, Tanabe T,Traver D, Rosenau AM. (2011). **Emergency Severity Index (ESI): A Triage tool for emergency department**. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esi1.html>.
17. ตูลา วงศ์ปาลีและคณะ. (2561). ผลของการใช้ MEWS ในการดูแลต่อเนื่องของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและหอผู้ป่วยหนักงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุศาสตร์. **วารสารสวนดอก**. ประชุมวิชาการค้นจาก http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/downloads?wptouch_switch=desktop&redirect=%2Fhospital%2Fnis%2Fdownloads%2F%3Fp%3D549.
18. Burch V, TarrG, Morroni C. **Modified early warning score predicts the need for hospital admission and inhospital mortality**. Emer Med J. 200 ; 25 : 674-8.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน
ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน
และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
Effect of an Empowerment - Base and Home Visit Program on Diabetes
Millitus Control Behaviors and Blood Sugars Level in Uncontrolled
Diabetes Millitus

ปารณีย์ ใจธรรม*

Paranee Jaitham

Corresponding author : Email : alaha54@gmail.com

(Received : October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำใส จำนวน 15 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 62 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 รายได้เฉลี่ย 2,346.67 บาท/เดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 8 ปี มีอาการหรือโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 33.3 ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ตามัว ร้อยละ 26.7 และแผลเรื้อรัง ร้อยละ 6.6 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 86.7 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 80.0 หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม และรายด้าน ทุกด้าน สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านไม่แตกต่างกัน ($p = .09$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้น ถึงแม้จะไม่สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลงได้ทุกราย แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่ลดลง มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทุกราย คืออยู่ในค่าเป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อไป

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำใส

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ; พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ; ระดับน้ำตาลในเลือด ; ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ABSTRACT

Purpose : To investigate the effect of an empowerment program with home visits on disease control behavior and blood sugar levels in uncontrolled diabetes mellitus.

Design: Quasi- experimental research.

Materials and Methods : Empowerment process based on Gibson's concepts was used a conceptual framework for research. The subjects were type 2 uncontrolled diabetes mellitus, there were 15 cases, and treated at the chronic disease clinic Ban Nam Sai health promoting hospital, by simple random sampling. Data were collected between January - February 2019. The instrument for collecting data were empowerment programs together with home visits and used to collect data include personal questionnaire and diabetes control behavior. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, deviation and paired t-test.

Main findings : Most of the samples were female, 80.0%, average age 62 years, marital status 73.3%, primary school graduates 46.7%, average income 2,346.67 bahts/month, the duration of disease were 8 years, symptoms or complications 33.3%, complications that 26.7%, blurred vision and 6.6% were chronic wounds. Other 86.7% were found with chronic diseases, with highest blood pressure being 80.0%. After using an empowerment program with home visits, the sample group had higher mean scores of overall disease control behavior and all aspects than before using an empowerment program together with home visits ($p < .001$) and before and after using an empowerment program together with home visits were no different ($p = .09$)

Conclusion and recommendations : The empowerment program with the visits that researchers was developed, could promoted diabetic patients with better disease control behaviors, although it was not possible to reduce the blood sugar levels of all diabetic patients. However, diabetic patients whose blood glucose levels after the program were not reduced, there was a reasonable level of blood sugar in every patient. the target value of diabetes control for adults therefore should bring the program. this was applied to patients with diabetes who cannot control blood sugar levels further.

Keywords : Empowerment program with home visits ; Disease control blood sugar behavior ; Uncontrolled diabetes mellitus diabetic

บทนำ

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำใส ในปีงบประมาณ 2559 – 2561 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เท่ากับ ร้อยละ 10.57, 18.65 และ 18.75 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในดัชนีชี้วัดผลงานของจังหวัดร้อยเอ็ดที่กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ได้มากกว่าร้อยละ 40 จะเห็นได้ว่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกปี จึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้วิจัยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊อปปี้ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และแก้ไขปัญหสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาโดยใช้ศักยภาพที่ตนมี เมื่อผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จะส่งผลให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์ปัญหา การทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค

เบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำใส จำนวน 62 ราย ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2562

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำใส คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม Statistics and sample size ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 8 ราย แต่เนื่องจากในการวิจัยเชิงทดลอง จำนวนสมาชิกในกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 15 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ระยะเวลาที่เป็นโรค อาการหรือโรคแทรกซ้อน โรคร่วม และผู้ดูแล และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการพักผ่อนและคลายเครียด และพฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

การหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจน ความครอบคลุมตามเนื้อหา และความสอดคล้องตามนิยามตัวแปรที่ต้องการวัด จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 – 3 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจภาษาและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถามในแต่ละข้อ ก่อนนำไปหาความเที่ยงของ

แบบสอบถามและนำไปใช้จริง และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่อำเภอจตุรพักตรพิมาน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาก่อน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีของครอนบาค แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability coefficient) = 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขั้นตอนการดำเนินการ)

1) ขั้นเตรียมการ

ภายหลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ให้คำรับรองในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย แจ้งสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อไป

2) ขั้นดำเนินการ

กิจกรรมที่ 1 ดำเนินการในสัปดาห์แรก ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำใสเป็นการดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจในสภาพการณ์

ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3) เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง

กิจกรรม

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเอง ผ่อนคลาย และมีความไว้วางใจที่จะเล่าถึงสภาพปัญหาและความต้องการของตน

2) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกครั้งแรกที่ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวาน และความรู้สึกต่อภาวะของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อทราบถึงการตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานร่วมกับผู้ป่วยในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานของตน อาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นกับตน การรักษาที่ตนได้รับ และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค และผู้วิจัยนำผลระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยแต่ละคนมาพิจารณาร่วมกัน ซึ่งเป็นการคืนข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อทราบถึงการตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้

4) ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมโรคของตน โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ป่วยแต่ละคนมาพิจารณาร่วมกัน ทราบถึงการตอบสนองด้านพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง

กิจกรรม

1) ผู้วิจัยอธิบายถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2) ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสมของตนที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

3) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุและอุปสรรคที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินทางเลือก และพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกได้

กิจกรรม

1) ให้ผู้ป่วยร่วมกันเสนอวิธีปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคที่จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมโรคด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายเครียด และการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2) ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตน

3) ให้ผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก

กิจกรรมที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่สอง เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 1 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 3 และ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2) เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคที่เหมาะสมตามแนวทางที่เลือก

กิจกรรม

1) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกในช่วงที่ผ่านมา

2) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงสิ่งสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือก

3) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือก

4) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้

5) ผู้วิจัยให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาค้นหาได้

6) ผู้วิจัยเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้ถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ห้า เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือก

2) เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคที่เหมาะสมตามแนวทางที่เลือก

กิจกรรม

1) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือก

2) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้

3) ผู้วิจัยให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาค้นหาได้

4) ผู้วิจัยเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้ถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการในสัปดาห์ที่หก ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำใส เป็นการสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบา

หวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)
วัตถุประสงค์

1) เพื่อประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบา
หวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กิจกรรม

1) ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ภายในกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค
ของตนระหว่างเข้าร่วมโครงการ ในเรื่องสิ่งสนับสนุนให้เกิด
ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคตาม
แนวทางที่เลือกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นสาเหตุที่ทำให้
ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกได้พร้อมทั้งแนวทาง
การแก้ไขปัญหา

2) ประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรมการ
เสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบา
หวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยให้ดำเนินการ
ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตอบ
แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรค หลังจากนั้นผู้วิจัย
คืนข้อมูลให้ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยพิจารณาเปรียบเทียบผลการ
ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมควบคุม
โรคของตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง
พลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยเบาหวานที่
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าตน
สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้หรือไม่

3) ผู้วิจัยเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชย
ให้กำลังใจ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรม
ควบคุมโรคได้ถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติ
ต่อไปอย่างยั่งยืนพร้อมทั้งทำความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติ
อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นบุคคลต้นแบบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

- วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์
- สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลลักษณะทางประชากรวิเคราะห์โดยใช้สถิติ
เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค
และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์
โดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 21 มกราคม 2562 หมายเลขใบรับ
รอง COE0102562

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุ
เฉลี่ย 62 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 จบการศึกษาชั้น
ประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 รายได้เฉลี่ย 2,346.67 บาท/เดือน
ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 8 ปี มีอาการหรือโรคแทรกซ้อน
ร้อยละ 33.3 ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ตามัว ร้อยละ 26.7
และแผลเรื้อรัง ร้อยละ 6.6 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อย
ละ 86.7 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 80.0

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการ
เยี่ยมบ้าน ต่อพฤติกรรมควบคุมโรค และระดับน้ำตาลใน
เลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการ
เยี่ยมบ้าน ต่อพฤติกรรมควบคุมโรค

- หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วม
กับการเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม
การควบคุมโรครายด้าน ทุกด้าน สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ($p < .001$)
ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเป็นรายด้าน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

พฤติกรรมการควบคุมโรค	ก่อนการพัฒนา	หลังการใช้	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.74 (0.22)	3.43(0.10)	13.82	<.001**
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.84(0.36)	4.00(0.00)	12.34	<.001**
พฤติกรรมการพักผ่อนและคลายเครียด	3.14(0.35)	3.84(0.07)	6.93	<.001**
พฤติกรรมการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง	3.69(0.25)	4.00(0.00)	4.77	<.001**

(p-value<.01)

- หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

พฤติกรรมการควบคุมโรค	n	Mean (SD)	Mean diff.	99 % CI		t	p-value
				Lower	Upper		
ก่อนใช้โปรแกรม	15	3.10 (0.16)	-0.71	-0.83	-0.60	18.14	<.001**
หลังใช้โปรแกรม	15	3.82 (0.03)					

(p-value<.01)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ต่อระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ไม่แตกต่างกัน (p = .09) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

ระดับน้ำตาลในเลือด	n	Mean (SD)	Mean diff.	99 % CI		t	p-value
				Lower	Upper		
ก่อนใช้โปรแกรม	15	139.33 (30.97)	10.00	-1.63	21.63	1.85	.09
หลังใช้โปรแกรม	15	129.33 (23.11)					

วิจารณ์

จากผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรครายด้าน ทุกด้าน และโดยรวม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการศึกษาของจตุรรัตน์ รังษา, ยุวดี รอดจากภัย และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบการศึกษาของจิรนนท์ โพธิ์พฤษ, วศิน โพธิ์พฤษ, นฤมล เกตุกรรม และสุตารัตน์ กมลมาลัย⁵ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการศึกษาของอนิชา ศรีญญาวัฒน์ และสุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ⁷ ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก ถึงแม้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมหลังการใช้โปรแกรมจะต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล จะพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังการใช้โปรแกรม

สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 รายแล้ว พบว่า อยู่ในค่าเป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่⁶ ซึ่ง 2 ใน 3 รายอยู่ในค่าเป้าหมายการควบคุมเข้มงวด คือน้อยกว่า 130 มก./ดล. และอีก 1 รายอยู่ในค่าเป้าหมายการควบคุมไม่เข้มงวด คือน้อยกว่า 150 มก./ดล. ซึ่งการที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ สอดคล้องกับที่กีสัน¹ กล่าวว่า การที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ซึ่งปัจจัยที่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค โดย 2 ใน 3 ราย มีระยะเวลาที่เป็นโรคมานานกว่า 5 ปี ซึ่งแม้ว่าจะมีโอกาสได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน แต่ความรู้และคำแนะนำที่ได้รับมักจะเป็นเรื่องซ้ำๆ เดิม จึงทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ประกอบกับการที่เป็นโรคมานาน ทำให้รู้สึกชินชาและยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ละเลยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และอีกปัจจัยที่น่าจะเป็นอุปสรรคและข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพคือ รายได้ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 รายมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนค่อนข้างต่ำ ซึ่ง เพนเดอร์² กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีรายได้เอื้ออำนวยให้สามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้านที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้น ถึงแม้จะไม่สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลงได้ทุกราย แต่ผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่ลดลง มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทุกราย คืออยู่ในค่าเป้าหมายการควบคุม

เบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ จึงควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างสูงจากท่าน ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา และดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอน้อมบูชาพระคุณบิดามารดา บุรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนวิชาความรู้และให้ความเมตตาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี สำหรับข้อบกพร่องต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับแต่เพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Gibson, C.H. A concept analysis of empowerment.
Journal of Advanced Nursing 16(2) :
1991 ; 354-361.

2. Pender, N.j. (1982). **Health Promotion in Nursing Practice**. Newyork : Appleton Cenjury Croft,
3. จีรนนท์ โพธิพฤกษ์, วศิน โพธิพฤกษ์, นฤมล เกตุกรรม และสุदारัตน์ กมลมาลย์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 2555 ฉบับที่ 2 (6) : 2555 ; 47 -55.
4. จุฑารัตน์ รังษา,ยุวดี รอดจากภัย และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 2559 2 (31) : 2559 ; 377-383
5. อีรุฒิ เอกะกุล. (2549). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. อุบลราชธานี : วิทยาออฟเซทการพิมพ์.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560**. กรุงเทพฯ : บริษัท รมย์เอ็น มีเดีย จำกัด.
7. อโนชา ศรีบุญญาวัฒน์และสุจิตรา ลิมอำนวยลาภ. (2552). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, ฉบับที่ 27 ปีที่ 2 : 41-46. 2 (27) : 2552 ; 41-46.

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Efficiency of Behavioral Health Case to Change Health Habits of Patients with Diabetes Who Cannot Control Sugar Levels

จิราพร คงทอง และคณะ*

Jirapron Khongtong

Corresponding author: Email: jirapron924@gmail.com

(Received: October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (Pretest – Posttest Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงและในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอทุ่งเขาหลวงที่มีระดับน้ำตาลในเลือด Hb A1c ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเลือดประจำปีในช่วงเดือน ตุลาคม 2561 – มกราคม 2562 จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการติดตามประเมินผลจำนวน 3 ครั้ง ระยะเวลา 2 เดือนจึงทำการประเมิน ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ร้อยละ t-test

ผลการวิจัย : ค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ($p < .001$) โดยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น = 1.28 คะแนน (95% CI : 0.98,1.57) ค่าคะแนนการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง หลังการรับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง เพิ่มมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ($p < .001$) โดยมีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ การจัดการตนเองเพิ่มขึ้น = 0.73 คะแนน (95% CI : 0.53,0.92) ค่าคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ($p = .001$) โดยมีคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น = 0.23 คะแนน (95% CI : 0.9,0.38) ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ($p = .003$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น = 0.27 คะแนน (95% CI : 0.09,0.45) เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล Hb A1c หลังการได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าน้ำตาลในเลือด Hb A1c ลดลง 0.1 จากผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า Hb A1c > 7 จำนวน 100 คน หลังการพัฒนามีค่า Hb A1c ลดลง โดยมีค่า Hb A1c < 7 จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 40

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ดต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

ABSTRACT

Purpose : To develop Behavioral Health case to change health habits and study efficiency of case behavior.

Materials and Methods : Quasi Experiential research by sampling Taro Yamene. A group of patients who received outpatient diabetes clinic in the hospital Thung Khao Luang and 5 Tambon Health Promoting Hospitals who have sugar levels in blood or HbA1c>7 patients who received blood annual meeting followed the treatment of 100 people. By conducting a health knowledge assessment first and providing individual health knowledge on food, drug use and physical exercise for patients to record themselves for reduces sugar levels in blood for 2 months then HbA1c assessment uses basic statistics to compare the mean percentage after the t-test.

Main findings : It was found that after the development of the knowledge and understanding of health scores, the diabetic patients had more knowledge than before the development ($p<.001$) knowledge scores increased for 1.28 points (95% CI : 0.98,1.57). Health service access score and self-management after the development of diabetes patients have access to health service access score and self-management increased more than before development ($p<.001$). By health service access score and self-management have increased for 0.73 points (95% CI : 0.53,0.92). and the decision scores exercises after the development, it was found that Diabetic patients have more accurate on decision scores($p=.001$). By decision scores increased for 0.23 points (95% CI : 0.9,0.38). Health behavior score after behavioral health case have increased ($p=.003$). By Health behavior score increased for 0.27 points (95% CI : 0.09,0.45). then compare the sugar level Hb A1c after behavioral health case found that sugar level Hb A1c decrease by 0.1 for patients with diabetes sugar level Hb A1c>7 from 100 people. after development Hb A1c decrease to Hb A1c<7 for 40 people.

Conclusion and recommendations : Behavioral Health case to change health habits of patients with diabetes suitable to be used in diabetic patients who cannot control sugar levels Thung Khao Luang, Roi-Et Province.

Keywords : Behavioral Health case to change health habits of patients with diabetes

บทนำ

ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอทุ่งเขาหลวงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้น้อย จากข้อมูลผู้ป่วยในปี 2559 -2561 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,178 ราย 1,237 ราย, 1,222 ราย และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.61 ,110 รายคิดเป็นร้อยละ 8.89 และ 183 รายคิดเป็นร้อยละ 14.98 ตามลำดับ จากการควบคุมระดับน้ำตาลได้

น้อยทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องตัดเท้าสูงมากขึ้น จากปัญหาข้างต้นที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีวิธีการดำเนินงานจำนวน 3 ขั้นตอน ทีมผู้วิจัยจึงได้นำมาพัฒนาเป็น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยการประเมินพฤติกรรมและนำมาให้สุขศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกรณี ให้ผู้ป่วยได้สังเกตพฤติกรรม การกินการออกกำลังกายการกินยาของตนเองและลงใน

แบบบันทึกประจำวัน โดยเรียกกิจกรรมนี้ว่าการบ้านและให้ผู้ป่วยนำส่งการบ้านพร้อมทั้งการเจาะเลือดเพื่อประเมินผลระดับน้ำตาล (FBS) ทุกครั้งที่ส่งการบ้านการพูดคุยแลกเปลี่ยน การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สาธิตอาหารแลกเปลี่ยน ผักเลือกอาหารแลกเปลี่ยน การสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาวะสุขภาพ ทำซ้ำจำนวน 2 ครั้งห่างกันเดือนละ 1 ครั้ง และติดตามผลในเดือนที่ 3 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ซ้ำ ประเมินความรู้ ประเมินพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ รับรู้สภาวะสุขภาพ มีความตระหนัก สามารถควบคุมพฤติกรรมการกินได้ถูกวิธีและต่อเนื่อง นำไปสู่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ดี ลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ลดภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้าเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการประมวลเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บริโภคอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายที่เหมาะสม มาประยุกต์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

การเลือกอาหารได้อย่างเหมาะสมและสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ถูกต้องภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

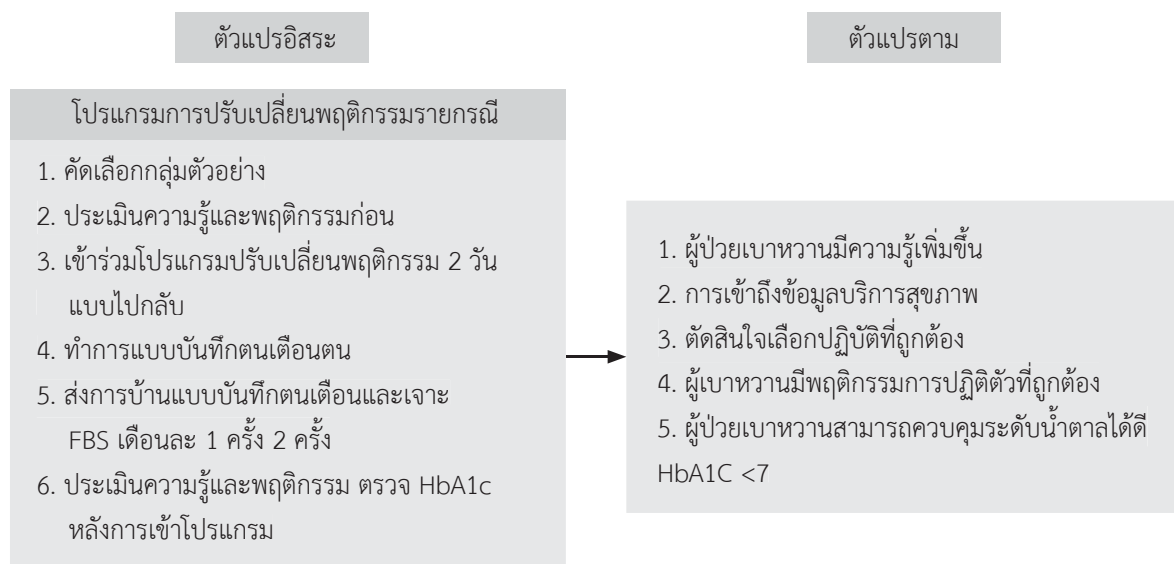
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานจะแน่นความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการ การจัดการตนเอง การเลือกตัดสินใจ และพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง HbA1C < 7 ภายหลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C>7 จำนวน 100 คน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง และในคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอทุ่งเขาหลวง และอาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C > 7 ของผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะเลือดประจำปีที่ผ่านมาติดตามการรักษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2562 จำนวน 100 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 65 ปี
2. ได้รับการเจาะเลือด Hb A1c ระหว่าง 1 ตุลาคม 2561-31 มกราคม 2562 และมีค่า HbA1C>7
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีความบกพร่องด้านความรู้คิด
5. มีความสามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง
4. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และอาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งเขาหลวง

เกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วย

1. มีโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อที่รุนแรง หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. ถอนตัวออกจากกรวิจัยระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชนิดได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการร่วมข้อมูลได้แก่
 - 1.1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 กองสุศึกษา
 - 1.2 เครื่องมือตรวจ Hb A1 C ตรวจโดยการเก็บสิ่งส่งตรวจ เจาะเส้นเลือดดำ เลือดปริมาณ 3 มิลลิตร ใส่หลอด

เก็บเลือดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA ควรนำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 2 ชั่วโมง หลังจากเก็บส่งตรวจ เขาเครื่อง Auto meda (กลุ่มงานพยาธิคลินิก โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่

- 2.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รายการนี้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
- 2.2 สมุดการบ้านตน เตือน ตน เพื่อเป็นคนลดน้ำตาล

การพิทักษ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดวันที่ 3 มกราคม 2562 COE No. 0062562 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย รวมไปถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามหรือข้อสงสัยต่างๆ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้ป่วยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัย โดยไม่มีผลกับการรักษาข้อมูลต่างที่ได้รับกับผู้ป่วยจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม ไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยตัวเอง และเก็บจากผลการตรวจเลือด HbA1C

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยได้มีการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายการนี้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) การจัดการดูแล

ผู้ป่วยรายกรณี (CIRSC,n.d อ้างถึง วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2545)

2. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยได้วางแผนการวิจัยเตรียมสถานที่วิจัยโดยประสานงานพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอทุ่งเขาหลวงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. จัดประชุมชี้แจงทีมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ทำความเข้าใจในการทำแบบสำรวจความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจัดกิจกรรมในค่าย ทำแผนการออกทำค่ายมอบหมายงาน โดยการจัดทำค่ายจะจัดทำในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 5 แห่งมีคนไข้เข้าร่วมค่ายจำนวนแห่งละ 20 คน มีทีมเจ้าหน้าที่ออกเป็นทีมวิทยากรค่ายละ 8 คน เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลเจ้าหน้าที่ 1 คนจะรับให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยค่ายละ 2-3 คน จะติดตามตั้งแต่ครั้งที่ 1 ไปจนถึงการติดตามครั้งที่ 4 และสามารถส่งขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ที่มีความเฉพาะด้าน เช่นการขอรับคำปรึกษาเรื่องยาจากเภสัช เป็นต้น

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงทำแบบประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Pre test นำข้อมูลที่ได้ให้ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงบันทึกและประมวลผลในโปรแกรม

ขั้นดำเนินการกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลกิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 1 มีกิจกรรมดังนี้

1. ลงทะเบียน จัดทำสมุดคู่มือลงข้อมูลพื้นฐานในรูปแบบบันทึกข้อมูล “การบ้าน ตนเตือนตน คนลดน้ำตาล” แจกผลตรวจเลือดประจำปี ค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด ให้ผู้ป่วยทราบ

2. ประชุมชี้แจงการทำโครงการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบแนวทาง

การดำเนินงาน การทำกิจกรรม และการติดตามผู้ป่วย มีการแนะนำตัวผู้ป่วยแต่ละคน และแนะนำทีมวิทยากร

3. จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีวิทยากรหลักจากที่สหวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงเป็นผู้ดูแล

4. จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและอาหารแลกเปลี่ยน โดยการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากโมเดลอาหารแลกเปลี่ยน และเรียนรู้ปริมาณน้ำตาลในอาหารแต่ละชนิดลงปฏิบัติประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานเน้นลดการปรุงแต่งอาหาร ลดหวาน ลดเค็ม ลดมัน เป็นอาหารต้ม แกงนึ่ง และให้ทดลองรับประทาน ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการคิดเมนูอาหารเข้าเพื่อจัดกิจกรรมประกอบอาหารในครั้งต่อไป

5. กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องยาเบาหวาน และยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ โดยการให้ผู้พวคนำยาที่รับประทานอยู่ทั้งหมดมาด้วย การกินยาที่ถูกต้อง การจัดเก็บยา การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียง และการเป็นแบบอย่างในการนำกระเป๋าใส่ยามาพบแพทย์ทุกครั้ง

6. กิจกรรมกลุ่มการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัดโดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ มี 3 รูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการใช้ปฏิบัติให้เหมาะสมกับตัวเอง

6.1 การออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรง การใช้ยางยืด และการใช้ขวดน้ำ

6.2 การเพิ่มความยืดหยุ่น ออกกำลังกายแบบยืดเหยียด

6.3 การออกกำลังกายร่วมกันเพื่อผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและมีทางเลือกนำไปปฏิบัติ

7. กิจกรรมพบครูผู้สอน(วิทยากร) โดยแบ่งพบครูเป็นรายบุคคล ครู 1 คน ได้นักเรียน (ผู้ป่วยเบาหวานที่มากำย) 2-3 คนโดยการสอบถามพฤติกรรมของนักเรียนเรื่องอาหาร เรื่องยา เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องอารมณ์โดยครูจะบันทึกในการบ้าน ตนเตือนตน คนลดน้ำตาล และแจ้งพฤติกรรมที่ไม่ลดน้ำตาลได้ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมหา

แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และสามารถส่งรับคำปรึกษากับครูท่านอื่นในค่ายที่มีความรู้เฉพาะด้านได้ เช่น เกษพืชที่มีความรู้เรื่องยา สรุปรการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์ การปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์ แนวทางการแก้ไขปัญหาคำแนะนำให้การบ้านเพื่อให้นักเรียนได้บันทึกกิจกรรมทุกวัน พร้อมให้กำลังใจแก่นักเรียน นัดพบกันครั้งต่อไป 1 สัปดาห์ เพื่อส่งการบ้าน

กิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 2 มีกิจกรรมดังนี้

1. เจาะน้ำตาลในเลือด (FBS) โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหารและยา ก่อนเจาะ 6-8 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตในสุดบันทึกการบ้านหน้าที 2 รับอาหารว่างที่เป็นผักผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย

2. ร่วมกันประกอบอาหารเข้าเรียนรู้เรื่องอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย เค็มน้อย มันน้อย ร่วมกับคณะวิทยากร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหาร รับประทานอาหารเข้าร่วมกัน

3. เข้ากลุ่มยกยอปอปั้นชื่นชมคนที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าครั้งก่อนเข้าค่าย ให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมน้ำตาล

4. กิจกรรมออกกำลังกายกลุ่มร่วมกันนำโดยตัวแทนผู้ป่วยและมีนักกายภาพเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแล โดยการให้กลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกายเอง

5. กิจกรรมพบครูผู้สอนเพื่อส่งการบ้าน โดยครูจะแจ้งผลระดับน้ำตาล ตรวจการบ้าน สรุปรการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์, สรุปรการปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์, ครูและนักเรียนร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และแจ้งให้นักเรียนทำการบ้านครั้งต่อไป งดน้ำ อาหาร และยา ก่อนส่งการบ้านครั้งต่อไป ลงนัด โดยนัดพบกันครั้งต่อไป 2 สัปดาห์

กิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 3 มีกิจกรรมดังนี้

1. เจาะน้ำตาลในเลือด (FBS) โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหารและยา ก่อนเจาะ 6-8 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตในสุดบันทึกการบ้านหน้าที 2 รับอาหารว่างที่เป็นผักผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย

2. ร่วมกันประกอบอาหารเข้าเรียนรู้เรื่องอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย เค็มน้อย มันน้อย ร่วมกับคณะ

วิทยากร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหาร รับประทานอาหารเข้าร่วมกัน

3. เข้ากลุ่มยกยอปอปั้นชื่นชมคนที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าครั้งก่อนเข้าค่าย ให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การควบคุมน้ำตาล

4. กิจกรรมออกกำลังกายกลุ่มร่วมกันนำโดยตัวแทนผู้ป่วยและมีนักกายภาพเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแล โดยการให้กลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกายเอง

5. กิจกรรมพบครูผู้สอนเพื่อส่งการบ้าน โดยครูจะแจ้งผลระดับน้ำตาล ตรวจการบ้าน สรุปรการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์, สรุปรการปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์, ครูและนักเรียนร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และแจ้งให้นักเรียนทำการบ้านครั้งต่อไป งดน้ำ อาหาร และยา ก่อนส่งการบ้านครั้งต่อไป ลงนัด โดยนัดพบกันครั้งต่อไป 2 สัปดาห์

กิจกรรมเข้าค่ายครั้งที่ 4 มีกิจกรรมดังนี้

1. เจาะน้ำตาลในเลือด (FBS , HbA1C) โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหารและยา ก่อนเจาะ 10-12 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตในสุดบันทึกการบ้านหน้าที 2 รับอาหารว่างที่เป็นผักผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย

2. ร่วมกันประกอบอาหารเข้าเรียนรู้เรื่องอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลน้อย เค็มน้อย มันน้อย ร่วมกับคณะวิทยากร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหาร รับประทานอาหารเข้าร่วมกัน

3. ทำแบบประเมินความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโครงการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ครูเฉลยข้อสอบ

4. กิจกรรมพบครูผู้สอนเพื่อส่งการบ้านโดยครูจะแจ้งผลระดับน้ำตาล ตรวจการบ้าน สรุปรการปฏิบัติตัวที่พึงประสงค์, สรุปรการปฏิบัติตัวที่ไม่พึงประสงค์ ให้กำลังใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

5. พิธีปิดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแจ้งผลนักเรียนที่รับเกียรติยศอันดับ 1, 2, 3 คือกลุ่มนักเรียนที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มอบรางวัล และให้ผู้ควบคุมได้ดีแสดงความรู้สึก วิธีการปฏิบัติตัวแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มอบใบประกาศสำหรับผู้ผ่านค่าย
ทุกคน ปิดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย
เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เครือข่ายสุขภาพ เครือ
ข่ายบริการสุขภาพอำเภอทุ่งเขาหลวง ประจำปี 2562

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแจกแจงค่าความถี่ ร้อย
ละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนความรู้เรื่องสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ก่อนและหลังการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละก่อนหลัง
การเข้าร่วมกิจกรรม ด้วย t-test
3. ค่าน้ำตาลในเลือดวัดก่อนและหลังการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม (HbA1C) ด้วย t-test

ผลการวิจัย

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลไม่ได้ HbA1C>7 จำนวน 100 คนโดยส่วน
ใหญ่เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 86 เป็นเพศ
หญิงคิดเป็นร้อยละ 74 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 48 -59 ปี
คิดเป็นร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ สมรส
คิดเป็นร้อยละ 80 ระดับการศึกษาเป็นระดับชั้นประถม
ศึกษาคิดเป็นร้อยละ 85 ประกอบอาชีพทำนาคิดเป็น
ร้อยละ 84

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพราย
กรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean diff	95%CI		p - value
					lower	upper	
ก่อน	100	3.25	1.12	1.28	0.98	1.57	<.001
หลัง	100	4.53	1.14				

*p - value <.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ในด้านความรู้มีค่าคะแนนความ
รู้ความเข้าใจทางสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยเบา
หวานมีความรู้เพิ่มมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

(p<.001) โดยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.28 คะแนน
(95% CI : 0.98,1.57)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การจัดการตนเองหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

การเข้าถึงข้อมูล	n	Mean	SD	Mean diff	95%CI		p - value
					lower	upper	
ก่อน	100	3.10	0.63	0.72	0.53	0.91	<.001
หลัง	100	3.83	0.70				

*p - value <.05

จากตารางที่ 2 ในด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ
การจัดการตนเอง ค่าคะแนนการเข้าถึงข้อมูลบริการ
สุขภาพ การจัดการตนเอง หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า
ผู้ป่วยเบาหวานมีการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพ

การจัดการตนเอง เพิ่มมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม
(p<.001) โดยมีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ
การจัดการตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.73 คะแนน (95% CI :
0.53,0.91)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนการตัดสินใจหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	n	Mean	SD	Mean diff	95%CI		p - value
					lower	upper	
ก่อน	100	3.24	0.45	0.23	0.98	0.37	.001*
หลัง	100	3.47	0.53				

*p - value <.05

จากตารางที่ 3 ในด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องค่าคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (p=.001) โดยมีคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.23 คะแนน (95% CI : 0.98,0.37)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

พฤติกรรมสุขภาพ	n	Mean	SD	Mean diff	95%CI		p - value
					lower	upper	
ก่อน	100	3.99	0.63	0.27	0.93	0.45	.003*
หลัง	100	4.26	0.57				

*p - value <.05

จากตารางที่ 4 ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นก่อนได้รับโปรแกรม (p=.003) โดยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.27 คะแนน (95% CI : 0.09, 0.45)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล Hb A1c หลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด Hb A1c	n	Mean	SD	Mean diff	95%CI		p - value
					lower	upper	
ก่อน	100	8.91	1.39	-0.88	-0.10	-0.67	<.001*
หลัง	100	8.02	1.74				

*p - value <.05

จากตารางที่ 5 เมื่อพิจารณารายบุคคลในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีผู้ป่วยต้องมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Hb A1c) หลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณี ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 40 เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล Hb A1c หลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือด Hb A1c หลังการได้รับโปรแกรมมีค่า Hb A1c ลดลงก่อนได้รับโปรแกรม (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ย Hb A1c ลดลง -0.88 คะแนน (95%CI : - 0.01,-0.67)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

ความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพ, การเข้าถึงบริการ การจัดการตนเอง, การเลือกตัดสินใจ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Hb A1c > 7) พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง การเข้าถึงบริการการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง การเลือกตัดสินใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัยข้อที่ 1 และสามารถอธิบายได้ว่า ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นจากการได้รับความรู้จากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นขั้นตอนและผู้วิจัยได้ใช้กลวิธีดำเนินการอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การวินิจฉัยการรักษา การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหาร อาหารเสริม การเปรียบเทียบปริมาณน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม ฝึกปฏิบัติตามอาหารลดหวาน มัน เค็ม ฝึกการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน และแบบยืดเหยียด การให้ความรู้เรื่องวิธีการรับประทานยา เก็บรักษา ยา และความรู้เรื่องการใช้อาสมุนไพรรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายกลุ่ม และให้คำปรึกษารายกรณี ซึ่งสอดคล้องกับ ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยนต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา¹ พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังการทดลองพบว่าเมื่อพิจารณารายบุคคลในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผู้ป่วยต้องมีค่าระดับน้ำตาลใน

เลือด (Hb A1c < 7) หลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณี ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 40 เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล Hb A1c หลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือด Hb A1c หลังการได้รับโปรแกรมมีค่า Hb A1c ลดลงก่อนได้รับโปรแกรมโดยมีค่าเฉลี่ย Hb A1c ลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัยข้อที่ 2 และสามารถอธิบายได้ว่า ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดแบบแผนความรู้ด้านสุขภาพและแรงบันดาลใจมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การวินิจฉัยการรักษา การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหาร อาหารเสริม การเปรียบเทียบปริมาณน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม ฝึกปฏิบัติตามอาหารลดหวาน มัน เค็ม ฝึกการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน และแบบยืดเหยียด การออกกำลังกายแบบการออกกำลังกายร่วมกันเพื่อผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและมีทางเลือกนำไปปฏิบัติได้จริง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายกลุ่ม และให้คำปรึกษารายกรณี ให้ผู้ป่วยนำสมุดการบ้านเพื่อบันทึกพฤติกรรมที่เรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยให้บันทึกในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และนัดติดตามผลการปฏิบัติตัวส่งผลการปฏิบัติตัวในสมุดการบ้าน ตนเดือนตน คนลดน้ำตาล 3 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Hb A1c > 7) มีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Hb A1c < 7) สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง² โดยในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลง

สรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎี การจัดการดูแลผู้

ป่วยรายกรณี (Case Management) และ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพ, การเข้าถึงบริการการจัดการตนเอง, การเลือดดีตสันใจ และพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้การที่ทำให้ผู้เข้าร่วมทดลองมีความสนใจในการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงต้องมีการสาธิต การฝึกด้วยตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามผล
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตัวเองในการวิจัยครั้งต่อไปจึงเห็นควรให้ผู้ดูแลเข้าร่วมวิจัยจะนำไปสู่การสร้างความรู้ความเข้าใจในบุคคลในครอบครัวและส่งเสริมให้ควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.ฉัตรมณี แก้วโพธิ์, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และวิริตี ปานศิลา. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยนต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารมหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 8(3) : 2558 ; 12-20.
2. สุรพล อริยะเดช.(2558). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลปกเกล้า**. 29(3), : 2558 ; 205216.
3. อรุณศรีศรี บุนนาค,พรรณรัตน์แสงเพิ่ม,วีรยา จึงสมเจตไพศาล,ยุวดีพงษ์สาระนันท์กุล และวินัส ลิขกุล.(2556). **ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ การออกกำลังกายในเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย

Impact of Transition Care Program and Family Caregiver on Intermediate
Patient' Routine activity Performance, Complication, and Satisfaction

ศิริมา พนาดร*

Sirima Panadorn

Corresponding author: Email: nures-police2332@hotmail.com

(Received: October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (Pretest – posttest Design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่รับบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางไขสันหลัง และญาติผู้ดูแล จำนวน 24 คู่ ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง มีนาคม 2562 ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบมัธยฐาน โดยการใช้ Wilcoxon signed Ranks test

ผลการวิจัย : 1) หลังการจำหน่าย 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะกลาง มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$) 2) หลังการจำหน่าย 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะกลางเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย ร้อยละ 4.16 และ 3) หลังจำหน่าย 3 เดือน คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะกลาง เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .003$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำโปรแกรมการดูแลฯ นี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะกลาง ; โปรแกรมการดูแล ; ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

ABSTRACT

Purpose : Study the effects of a transition care programme designed to engage family caregivers in helping intermediate patients perform their routine activities, and to evaluate the patients' complications and satisfaction with the programme

Design : Quasi-experimental research Single group Pre-measure (posttest design)

Material and Methods:The sample group used in the study was a stroke patient. Brain injury patients Patients with spinal cord injury and relatives of 24 caregivers during October 2018 to March 2019.Derived from a specific selection the tools used in the research consisted of intermediate care programs and caregivers. That the researcher developed the sample group was supervised by Intermediate care program. And relatives who take care of the transition from the hospital to the home.Collected data from interviews Daily performance assessment form Complication assessment form and satisfaction assessment form Data analysis using frequency, percentage, mean, standard deviation and compare the median by using Wilcoxon signed Ranks test.

Main findings : 1) After 3 months of distribution, the sample group of intermediate patients With a daily ability score of statistical significance ($p<.003$) 2) After 3 months of distribution, the sample group of intermediate patients with less complications, and 3) After 3 months of distribution, the satisfaction score of intermediate patients Significantly increased ($p<.001$)

Conclusion and recommendations : The results of this study Can take care programs This is used as a guideline for intermediate care. So that patients and relatives of the caregivers have the knowledge and are able to properly manage the intermediate patients Reduce complications and can do more daily activities.

Keywords : Intermediate patients ; Care program ; Ability to perform daily activities

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวสู่ประเทศประชากรสูงอายุ ในขณะที่แบบแผนการเจ็บป่วยของประชากรในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ จำนวน 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมีปัญหาสุขภาพและอยู่ในภาวะพึ่งพา โดยผู้เจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพดังกล่าวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีภาวะทุพพลภาพเกิดภาวะพึ่งพา เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคสมองเสื่อม โรคไตวาย เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อที่รับไว้รักษาในโรง

พยาบาลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ที่ภาระเรื่องการเตรียมความพร้อมในการดูแลถูกละเลยโดยมีสาเหตุจากการไม่ประสานกันระหว่างบริการของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบระยะกลาง หรือ Intermediate Care จึงได้มีผู้ที่เกี่ยวข้องกล่าวถึงว่าอาจเป็นแนวคิดที่ช่วยแก้ปัญหาในเรื่องของการดูแลที่ช่วยเชื่อมประสานช่องว่างระหว่างการดูแลแบบระยะเฉียบพลัน (Acute care) ในสถานพยาบาล และการดูแลที่บ้านหรือการดูแลในชุมชน (Community care) โดยการดูแลแบบระยะกลางเป็นการ

ดูแลระยะที่ถือได้ว่าเป็นระยะ ของการดูแลที่ลดขั้นหรือมีการดูแลที่ไม่ต้องซับซ้อน ลดลงกว่าการดูแลแบบเฉียบพลัน (Down step) ลงมา หรือระยะที่ลงมาอีกขั้นหนึ่ง หลังจากระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน คือการดูแลผู้ป่วยที่หายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแล้วเตรียมตัวที่จะกลับบ้าน และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องก็จะกลับไปดูแลที่บ้าน แต่สภาพความเป็นจริงผู้ป่วยจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุหรือไม่สูงอายุ จะมีภาวะที่ยังไม่พร้อมสำหรับการดูแลที่ต้องมีการดูแลต่อเนื่องคือการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อสามารถรับมือในการดูแลที่บ้านได้ ซึ่งระบบการดูแลระยะกลางในประเทศอังกฤษได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีขอบเขตของการบริการคือ 1) กลุ่มเป้าหมายต้องเป็นผู้ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การให้บริการต้องอยู่บนพื้นฐานความสามารถของภาวะสุขภาพ 3) การบริการมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด 4) การบริการมีการกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์ 5) เป็นบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 1 ซึ่งการจัดระบบบริการให้มีในหอผู้ป่วย Intermediate care ช่วยรองรับการดูแลชนิด up step นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยแบบระยะกลางอาจเป็นรูปแบบบริการรองรับชนิด Down step ซึ่งพบว่าร้อยละ 60 ของการดูแลระยะกลางเป็นเรื่องของการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 20 เป็นเรื่องของการดูแลทางการแพทย์ และร้อยละ 10 เป็นเรื่องของการเตรียมผู้ป่วย ญาติที่ดูแล และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม² ในสภาพปัจจุบัน ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพอยู่ในภาวะพึ่งพา และผู้ป่วยยากจน ไม่ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนตามที่ควรจะเป็น ทั้งในด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อต้องกลับสู่บ้าน การเตรียมการบริการที่จำเป็น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ ทำให้แนวคิดเรื่องระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ได้รับความสนใจและเห็นว่าอาจเป็นระดับการดูแลสำคัญในสภาวะที่ประเทศเข้าสู่สังคมประชากรสูงอายุ ทั้งนี้ จากการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ในประเทศอังกฤษสามารถแก้ปัญหาโดยลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว

(Long term care) ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น

ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึงการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างหลังวิกฤตหรือเฉียบพลัน และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ แต่ยังไม่คงที่ถึงกับสามารถดูแลตัวเองโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลาง ยังต้องการ การดูแลทางการแพทย์ พยาบาล หรือ สหวิชาชีพในสถานพยาบาล (Intermediate bed หรือ Intermediate ward) เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์ หรือ 45 วัน) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายหลัก มีดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วย Stroke 2) ผู้ป่วย (Traumatic Brain Injury) 3) ผู้ป่วย (Spinal Cord Injury) และ 4) ผู้ป่วยที่เป็นปัญหาในพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้กับทุกคนและเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งทำให้เซลล์สมองตายจากการขาดเลือด ทำให้สมองบริเวณขาดเลือดมีความผิดปกติ เช่น มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีความผิดปกติของความจำ ความผิดปกติของการกลืน การพูด เป็นต้น ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละตำแหน่งของเนื้อสมอง ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับมาเป็นซ้ำ³ จำนวนร้อยละ 42.5 และพบว่ามีคุณภาพการหลงเหลืออยู่ จำนวนร้อยละ 42.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิม บางรายยังมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร การพูด ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะพึ่งพาจากความพิการที่หลงเหลืออยู่จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลก็เป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดและให้อยู่ในภาวะพึ่งพิงน้อยลง ในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น ญาติผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะ ที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี ซึ่งการเตรียมผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาผลของการเตรียมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความ

สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น

การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจะทราบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด แต่การประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลต้องมีการติดตามประเมินในระยะยาว จะต้องติดตามและประเมินผลลัพธ์จากตัวผู้ป่วยประกอบด้วย ทั้งการติดตามประเมินสภาพผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาทางช่องทาง ทั้งโทรศัพท์และทางแอปพลิเคชันต่างๆ ซึ่งเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผ่านระยะวิกฤตในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้จากประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมาพบว่า ยังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่สำคัญ เช่น ภาวะติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก การเกิดการติดเชื้อจากแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น รวมถึงการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทเกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหลัง 6 เดือน จะฟื้นตัวได้ช้า ดังนั้นช่วงระยะเวลาหลัง 3 เดือนแรกจึงเป็นระยะที่สำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ซึ่งจะเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักโดยมีญาติผู้ดูแลช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

จากสถิติของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อติดตามต่อเนื่องไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 20 มีความพิการรุนแรงจนต้องมีญาติหรือผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมหลายรูปแบบ เช่น วิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น รักษาหายหรือไม่ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงออกทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ บางรายมีพฤติกรรมถดถอยเหมือนเด็ก บางรายมีพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธการดูแลจากผู้อื่น ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจในการจัดโปรแกรม

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย อีกทั้งญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลในด้านการปรับตัว เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตัวเองได้ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลางสูงขึ้นในระยะ 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยระยะกลางเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยในระยะ 3 เดือน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลจำนวน 24 คู่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยระยะกลาง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) และญาติผู้ดูแลที่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 จำนวน 24 คู่

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรกหรือการเกิดขึ้นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

2. มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับน้อยถึงปานกลางประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันฉบับภาษาไทยของกรมอนามัย มีคะแนนระหว่าง 5 – 12 คะแนน

3. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีความบกพร่องด้านรู้คิด ประเมินโดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) ของไอแซคและอัคธาร์ มีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

4. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีที่อยู่อาศัยในอำเภอทุ่งเขาหลวง

เกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วย

1. อาการของโรครุนแรงขึ้นระหว่างนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลเป็นผลทำให้ต้องส่งต่อ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย

2. ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่สามารถติดต่อภายหลังการจำหน่าย

3. ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้าญาติผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติกัน และรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง) เป็นครั้งแรก โดยไม่รับค่าตอบแทน

2. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเมินด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

3. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อทาง

โทรศัพท์ได้อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

เกณฑ์คัดออกญาติผู้ดูแล

1. เปลี่ยนญาติผู้ดูแลหลัก

2. ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.2 แบบประเมินหมวดหมู่ (The Set Test) สำหรับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปแบบทดสอบนี้พัฒนาโดย ไอแซคและอัคธาร์แบบทดสอบประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ สี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด มีคะแนนรวม 40 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนมากกว่า 25 คะแนน หมายถึงสมรรถภาพทางสมองดี

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living) ประกอบด้วย กิจกรรม 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 20 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่

2.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คือ แผนการสอนความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล สำหรับญาติผู้ดูแล ความรู้ของโรค การฝึกทำกายภาพบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁵ โดยประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับโรค และรูปแบบกิจกรรมให้ผู้ดูแลแต่ละบุคคลแตกต่างกันไปตามโรคของผู้ป่วย ดังรายละเอียด ดังนี้

ระยะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ให้เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ดำเนินการโดยการบรรยายและสาธิตย้อน

กลับ แก่ญาติผู้ดูแลตามแผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบสื่อการสอน ได้แก่ กระเป๋าคู่มือความรู้ผลิตโดยการนำเอกสารเนื้อหาความรู้มาทำเป็นกระเป๋าความรู้ขนาดพกพาได้ โดยมีเนื้อหา เกี่ยวกับโรค สาเหตุอาการ แนวทางการรักษา การป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วย ดำเนินการโดยการบรรยายแก่ญาติผู้ดูแลตามแผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบสื่อการสอน ได้แก่ กระเป๋าคู่มือความรู้ ผลิตโดยการนำเอกสารเนื้อหาความรู้มาทำเป็นกระเป๋าความรู้ขนาดพกพาได้ โดยมีเนื้อหาบรรยาย ดังนี้ บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแล การปรับตัว การดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดการความเครียด เป็นต้น

กิจกรรมที่ 3 ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการฝึกกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และฝึกการออกกำลังกาย โดยวิธีการสาธิต ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสาธิตกลับ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ระยะผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

มีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามดูแลและประเมินผู้ป่วยระยะกลาง และญาติผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ระยะสัปดาห์ที่ 1-4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมบ้าน สอบถามปัญหาอุปสรรคทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย และจิตใจของญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งคำแนะนำ และสนับสนุนการปรับตัวของญาติผู้ดูแล

ระยะสัปดาห์ที่ 5-12 หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ติดตามประเมินผลของโปรแกรมที่บ้านของผู้ป่วย ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ

2.2 สมุดคู่มือและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ดูแลได้บันทึกส่งมาทางแอปพลิเคชัน และ

นำมาสรุปเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะกลาง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว เป็นต้น จำนวน 12 ข้อ

3.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว เป็นต้น จำนวน 10 ข้อ

3.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.4 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ประกอบด้วย ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ และแบบประเมินภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ใช้แบบประเมินของ Center for Disease Control and prevention แบบประเมินแผลกดทับ ใช้เกณฑ์การประเมินของ National Pressure Ulcer Panel Advisory

3.5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดูแลที่ได้รับของผู้ป่วย มีจำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ คำถามเชิงลบ 7 ข้อ คะแนนมากหมายถึงมีความพึงพอใจมาก การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการทบทวนวรรณกรรม ก่อนนำมาสู่การร่างโปรแกรม เพื่อสรุปประเด็นสำคัญและพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 แล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และปรับปรุงข้อบกพร่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะกลาง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหายู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 แล้ว ทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของแบบประเมิน

2.2 แบบประเมินภาวะปวดอวัยวะแบบประเมินแผลกดทับ แบบประเมินภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหายู่ ระหว่าง 0.60 – 1.00 แล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของแบบประเมิน

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดูแลที่ได้รับของผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหายู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 แล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของแบบประเมิน

2.4 แบบประเมินหมวดหมู่ (The Set Test) สำหรับผู้ป่วยและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living) ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน โดยการสอบเทียบ ความเที่ยงตรงในการทำงานโดยผู้ชำนาญงาน

การพิทักษ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาธรรมวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่ 3 มกราคม 2562 COE No. 0082562 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามหรือข้อสงสัยต่างๆ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ญาติผู้ดูแลลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัย โดยไม่มีผลกับการรักษาข้อมูลต่างที่ ได้รับกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ผู้ป่วยตอบคำถามตามตัวเลือกที่แบบสอบถามกำหนดไว้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน⁶ (Transitional Care Model) ของเนลเลอร์ (Naylor, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง อีกทั้งยังเน้นความสำคัญ ในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยตลอดจนส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมจัดการความเครียดขณะให้การดูแล และสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการอย่างถูกต้องและนำไปใช้พัฒนาเป็นโปรแกรมที่ใช้ได้จริงกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

2. เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. หลังการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยได้วางแผนการวิจัยเตรียมสถานที่ในการวิจัย โดยประสานงานหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำการตักผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัย มีหน้าที่ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในตักผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และดำเนินการตามโปรแกรมหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ช่วยวิจัย มีหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และการสังเกตตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือก และเข้าพบ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยมีการทักทายและแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกลุ่มการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา บรรยาย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลางก่อนออกจากโรงพยาบาล และ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed Ranks test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างมัธยฐานของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระยะกลาง 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed Ranks test

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง 24 คู่ พบว่าผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.70) อายุเฉลี่ย 65 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54.20) รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 53.40) จบการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 77.80) เป็นทั้งหัวหน้า

ครอบครัวและไม่ใช้หัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 50.00) รายได้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 83.30) สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง (ร้อยละ 91.00) ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) และเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.80) อายุเฉลี่ย 56 ปี สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 91.70) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.20) ไม่ได้ทำงานหรือไม่มีงานประจำทำ (ร้อยละ 54.20) รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 87.50) มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 80.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 79.20) ซึ่งญาติผู้ดูแลไม่เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางมาก่อน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะกลางมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน 48 ชั่วโมงแรก มีคะแนนเฉลี่ย 8.70 คะแนน (SD =6.36) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 11.58 คะแนน (SD =5.78) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนมีคะแนนเฉลี่ย 15.75 คะแนน (SD =6.36) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 3 เดือน หลังการจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน มีคะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงเพิ่มขึ้นกว่าคะแนนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน 48 ชั่วโมงแรกและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	N	Mean Rank	Sum of Rank
ระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย- ภายใน 48 ชั่วโมงแรก			
Negative Rank	0	0.00	0.00
Positive Rank	22	11.50	253.0
ties	2		
Total	24		
		Z = -4.11	p < .001

ภาวะแทรกซ้อน
ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง มีผู้ป่วยเกิดภาวะแผลกดทับ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.16 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ 1 เดือน เกิดแผลกดทับที่บ้าน
ความพึงพอใจของผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มีคะแนนความพึงพอใจในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล 48 ชั่วโมงแรก เท่ากับ 62.70

คะแนน และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่ามีคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 67.12 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะ 3 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน

ข้อความ	Mean	S.D.
1. ทีมสุขภาพไม่สนใจเอาใจใส่ผู้ป่วยเท่าที่ควร	1.33	0.48
2. ทีมสุขภาพไม่ทำอะไรเลยกับสิ่งที่ผู้ป่วยหรือท่านบอก	1.29	0.46
3. ทีมสุขภาพไม่มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและท่าน	1.16	0.38
4. ทีมสุขภาพไม่ให้ความสนใจในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติมีความสงสัย	1.33	0.70
5. ทีมสุขภาพพูดจาไม่สุภาพ	1.12	0.33
6. ทีมสุขภาพมีการสอบถามปัญหาและอาการผิดปกติ	4.45	0.58
7. ทีมสุขภาพดูแลและให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	4.66	0.48
8. ทีมสุขภาพให้ความสนใจดูแล แนะนำ เอาใจใส่ทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคคลในครอบครัวคนอื่น ๆ	4.75	0.44
9. ทีมสุขภาพไม่สอบถามและสนใจสภาพปัญหาของผู้ป่วยและญาติ	1.33	0.56
10. ทีมสุขภาพแนะนำการรับประทานยา การดูแลสุขอนามัยอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ	4.83	0.38
11. ทีมสุขภาพให้การดูแลเสมือนครอบครัว	4.83	0.38
12. ทีมสุขภาพไม่มีช่องทางในการติดต่อระหว่างทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแล	1.79	0.88
13. ทีมสุขภาพพูดคุยให้กำลังใจ	4.70	0.69
14. ถ้าจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอีก ท่านจะกลับมาที่โรงพยาบาลแห่งนี้	4.66	0.48
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2	8

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.70) อายุเฉลี่ย 71 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 54.20) รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 53.40) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 77.80) ไม่ใช่หัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 55.60) มีรายได้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 83.30) สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง (ร้อยละ 91.00) ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง 3 เดือนหลังการจำหน่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.80) อายุเฉลี่ย 56 ปี สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 91.70) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.20) ไม่ได้ทำงานหรือไม่มีงานประจำทำ (ร้อยละ 54.20) รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 87.50) มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 80.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 79.20) ซึ่งญาติผู้ดูแลไม่เคยให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางมาก่อน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลางครั้งนี้ พบว่า 3 เดือนหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นกว่า ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ป่วยระยะกลางมีความต้องการการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในระยะแรกต้องมีญาติผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลาง โดยใช้กรอบแนวคิดของเนลเลอร์ เน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเน้นในเรื่อง

ของการนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยเป็นแหล่งสนับสนุนข้อมูลการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย โดยได้เริ่มกระบวนการการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 48 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยได้เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และได้ดำเนินการให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความสำคัญของญาติผู้ดูแล โรคของผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยญาติผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพและเข้าใจในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือนอกจากนี้ยังได้ให้ความรู้และวิธีการในการดูแลตนเองและญาติผู้ดูแลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล และลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการสอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับ โดยเน้นความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นหลักเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจในความรู้ที่ได้รับและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามความเหมาะสม ตั้งแต่ระยะที่อยู่โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลประสบปัญหาต่างๆ ก็จะได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ทั้งด้านความรู้และเทคนิคในการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พร้อมกันนี้ยังได้มอบคู่มือสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางสำหรับนำไปทบทวนเมื่อใช้จริง

ผู้ป่วยระยะกลาง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการประเมินและติดตามเยี่ยมอย่างเป็นระบบเป็นหัวใจสำคัญของการดูแล การเยี่ยมบ้านเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการดูแลที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแต่ละราย อาจมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม และวิถีการดำเนินชีวิต ในแต่ละวัน ซึ่งการเยี่ยมบ้านจะเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลและช่วยเหลือ แนะนำเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัยภายใต้ข้อจำกัดของสภาพแวดล้อม ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในแต่ละบุคคล ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วย

และญาติผู้ดูแลบางรายได้ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เชือก สลิง ราวไม้ นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านพื้นฟูสภาพและช่วยให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสะดวกขึ้น ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำในการใช้อุปกรณ์เหล่านั้นให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการเตรียมการดูแลผู้ป่วย⁴ โดยมีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นก่อนการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังได้มีการบันทึกปัญหาต่างๆ และอาการของผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง และขอแนะนำที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับจากผู้วิจัย เพื่อติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง หลังการใช้โปรแกรมการสอนญาติและการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะกลางมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้าน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน⁷ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิดของเนลเลอร์ ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะที่รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น

ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลได้เน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีกิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้

เรื่องภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้มีโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง แต่อย่างไรก็ตามต้องมีการติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษา พบว่าการเกิดภาวะติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ⁸ พบได้ทุกระยะของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความพึงพอใจของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนความพึงพอใจ สูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างเหมาะสม การนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มาใช้ในการดูแลนั้น จะเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำเมื่อประสบปัญหาซึ่งสอดคล้องกับปัญหาของแต่ละบุคคลเป็นหลัก

การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการติดตามช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลประสบปัญหาต่างๆ และไม่สามารถร่วมกันแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ ผู้วิจัยจะเป็นส่วนสนับสนุนให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลช่วยกันหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ทั้งยังได้มีการแนะนำแหล่งประโยชน์ที่ใกล้บ้านให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถเข้ารับการช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาต่างๆในอนาคตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากรับโปรแกรมการสอนญาติผู้ดูแลและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์⁵

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สามารถนำไปใช้ได้ ทำให้ผู้ป่วยระยะกลางมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย และมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการจัดรูปแบบโปรแกรมที่มีกิจกรรมในการเน้นให้ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะกลางที่มีความสามารถระดับน้อยถึงปานกลาง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายตนเอง ดังนั้นการนำโปรแกรมไปใช้ควรปรับกิจกรรมในโปรแกรมการดูแลให้เหมาะสมกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ด้านการวิจัย

เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้ป่วยระยะกลางสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย ควรมีการติดตามผลเป็นระยะ เช่น ระยะ 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์. (2554). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554. กองการพยาบาลสาธารณสุขสำนักงานมัย.
2. จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547). ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
3. วาสนา มูลฐิ. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.
4. Naylor M., Broroten D., Campbell R., Maislin G., Mccauley K., Schwartz J. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure : A randomized, controlled trial. JAGS 2004 ; 52(5) : 675-84.
5. นพวรรณ ผ่องใส. ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. แลงฮอร์น และคณะ
7. จรรยา สันตยากร. (2554). การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน. พิษณุโลก : โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
8. ทศพร แสงริจันทร์. การให้โปรแกรมความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว. นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยศิลปากร กรุงเทพมหานคร.
9. ธัญลักษณ์ ขวัญสนิธิ. (2560). ผลการพัฒนา ระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลันในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
10. นงนุช เพ็ชรร่วง, ปณิตดา ปรียทฤต, วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 14(1) : 2556.
11. สวรรินทร์ หงส์สร้อย, วัลภา คุณทรงเกียรติ, เขมารดี มาสิงบุญ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลความสามารถในการทำกิจกรรมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 1(1) : 2556 ; 77-89.
12. สุขาวดี เสนาสนะ. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ , สงขลา.

13. American Stroke Association. Impact of Stroke (Stroke statistics). [Internet]. 2015. [cited 2016 Fabuary 16]. Available from: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Impact-of-Strokestatistics_UCM_310728_Article.jsp#.VsNY6_lYrcc.
14. Bureau of policy and strategy, office of the permanent secretary, ministry of public health. statistical Thailand 2013. [Internet]. 2013. [cited 2016 Fabuary 16]. Available from: https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=11378.
15. National Stroke Association. What stroke. [Internet]. 2015. [cited 2015 November 10]. Available from: <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke>.
16. Peeravet K. Stroke rehabilitation. In : CharnnarongN. editor. management of acute ischemic stroke. 3thed. Bangkok : Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand; 2009. (in Thai)

**การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อหารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์
ในนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนจันทรubeกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด**
**Participatory Action Research For Designing Pattern
Of Pregnancy Prevention On High School Students At Chantarubeksa
Anuson School Kaset Wisai Sub-District Kaset Wisai
District Roiet Province**

เพียรศรี นามไพร*

Piansri Namprai

Corresponding author : Email : piansri.99999@gmail.com

(Received: October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนจันทรubeกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย : ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ทั้งชายและหญิง โรงเรียนจันทรubeกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2,500 คน คำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane ได้จำนวน 345 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และผู้มีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียน จำนวน 34 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รวมทั้ง ความถูกต้อง และเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการปรับ แก้ไขความถูกต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปทดสอบหา ความเชื่อมั่น ของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.20 อายุ 15 ปี ร้อยละ 21.74 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 21.76 สถานภาพสมรสของบิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 93.91 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 87.25 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอ ร้อยละ 85.22 เดินทางมาโรงเรียนโดยบิดาและมารดามาส่ง ร้อยละ 42.03 อาชีพหลักของบิดาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.06 อาชีพหลักของมารดาคืออาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 56.52 และช่องทางการรับความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ทางอินเทอร์เน็ตร้อยละ 73.62 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.03 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 23.77 และมีความรู้

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษตรวิสัย

อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.20 กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การคุมกำเนิดแบบใดที่สะดวกและปลอดภัยมากที่สุด ตอบถูก ร้อยละ 82.03 การคุมกำเนิดชนิดใดสามารถป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ตอบถูก ร้อยละ 80.58 และข้อใดเป็นวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ตอบถูก ร้อยละ 79.71 กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.10 รองลงมา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 26.67 และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 16.23 กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ถูกต้อง มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ดีที่สุด คือการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 75.07 หากต้องการคำแนะนำในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ถูกวิธีและเหมาะสมควรปรึกษาแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 71.01 และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันเพียงครั้งเดียว อาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 68.41 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีดังนี้ 1) ที่พักอาศัยระหว่างการเรียนหนังสือ 2) การดื่มสุรา 3) การคบเพื่อน 4) สื่อมวลชน 5) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ 6) เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนจันทรบุรุษเกษอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอกะลาสิริวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน ต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) ในสถานศึกษา ควรมีการดำเนินการ ดังนี้ 1.1) สร้างเสริมความรู้ และปรับเปลี่ยนเจตคติที่ดี ด้านเพศศึกษา ตั้งแต่ระดับประถมศึกษา โดยการให้ความสำคัญต่อจัดการเรียน การสอนด้านเพศศึกษาเพิ่มขึ้น และจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง สถานศึกษา และชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดแรงสนับสนุนในชุมชนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียน 1.2) เสริมสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักเรียนกับนักเรียน เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การสร้างความรู้สึกรักเห็นอกเห็นใจ การเข้าใจ ความสามัคคี สร้างความรู้สึกเสมือนเป็นญาติ พี่น้องกัน การฝึกทักษะให้เด็กรู้จักจัดการปัญหาและควบคุมอารมณ์ตนเองในเรื่องเพศ 1.3) เสริมสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครูกับเด็กนักเรียน การเสริมสร้างการสื่อสารแบบ 2 ทาง ระหว่างครูกับเด็ก และครูควรมีทักษะในการประเมินสภาวะเด็ก ประเมินความต้องการของเด็ก มีความรู้และทักษะในการแทรกแซงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางเพศของเด็ก ทักษะในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องเพศแก่เด็กได้ 1.4) สถานศึกษา เปิดให้นักเรียนเข้าออกเป็นเวลา เปิดประตูโรงเรียน 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงเช้าตอนเข้าเรียน และช่วงเย็นตอนเลิกเรียน และไม่ให้นักเรียนออกนอกบริเวณโรงเรียนในช่วงระหว่างทำการเรียนการสอน 1.5) สร้างเสริมความรู้ และปรับเปลี่ยนเจตคติที่ดี ในการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์ด้านเพศศึกษาในนักเรียน 2) ในครอบครัว ควรมีการดำเนินการ ดังนี้ 2.1) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดี ในเรื่องเพศ และสามารถสื่อสารกับลูกเรื่องเพศ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารในครอบครัว 2.2) ผู้ปกครอง ฝึกระวังพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ของบุตรหลานอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ 2.3) ผู้ปกครอง สร้างกิจกรรมการเรียนรู้ คุณธรรมในครอบครัวผ่านกิจกรรมการทำบุญตักบาตรตอนเช้า การเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี การเข้าวัดฟังธรรม การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น การปลูกต้นไม้ การออกกำลังกาย 2.4) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปกครองนำบุตรหลานที่พักในหอพักหรือบ้านเช่า ให้กลับมาพักอาศัยอยู่กับตนเองหรือเครือญาติในช่วงเวลาระหว่างทำการศึกษาเล่าเรียน 3) ในชุมชน ควรมีการดำเนินการ ดังนี้ 3.1) ฝึกระวังกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่จับกลุ่มมั่วสุมดื่มสุราในชุมชน 3.2) ฝึกระวังร้านค้าในชุมชน ในเรื่องการไม่จำหน่ายสุราให้แก่เด็กต่ำกว่า 20 ปี การไม่แบ่งขายสุรา และการไม่ตั้งแสดงสุราอย่างเปิดเผย เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเสพยาและการมีเพศสัมพันธ์ขณะมึนเมา 3.3) ผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์เสริมสร้างความรู้ สร้างความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียน ให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบ ผ่านหอกระจายข่าวชุมชนทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการเน้นย้ำความสำคัญของปัญหาที่จะเกิดขึ้นถ้าหากเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในนักเรียน ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) โรงเรียนครอบครัว และชุมชน ควรมีการประสานความร่วมมือกัน เพื่อดูแลเด็กนักเรียนอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ โรงเรียนควรมีการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างครู นักเรียนและผู้ปกครอง เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและปัญหาการตั้ง

ครรภ์ในนักเรียน 2) โรงเรียน ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเรื่องการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้นักเรียนได้มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องปัญหาทางเพศ สร้างเสริมให้รู้จักคิดและปฏิบัติตนเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป คือ 1) ควรมีการศึกษารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนจันทاربกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ในนักเรียนทุกคน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของข้อมูลในการสร้างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น 2) ควรมีการศึกษารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนระดับประถมศึกษา เพื่อวางแผนทาง/รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียน ให้สอดคล้องสัมพันธ์กันในระดับการศึกษา

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม ; รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์

ABSTRACT

Purpose : To design pattern of pregnancy prevention on high school students at Chantarubeksa Anuson school, Kaset Wisai Sub-District, Kaset Wisaib Distric, Roi et Province

Design : Participatory action research

Methods : The samples consisted of 345 students studying in high school education year 2019 at Chantarubeksa Anuson school, Kaset Wisai Sub-District, Kaset Wisaib Distric ,Roi et Province selected by stratified sampling and 34 people involving pregnancy prevention on high school students, selected purposively. The data were collected using questionnaire, semi-structured interview from March to May 2019 and were analyzed by using frequency, percentage, average and standard deviation.

Main findings : knowledge on pregnancy at middle level (62.03) and attitude on pregnancy at middle level (57.10) Factors related to pregnancy in high school students are as follows : 1) habitation 2) drinking alcohol 3) friendship 4) media 5) knowledge about sex 6) attitude about sex

Conclusion and recommendations : The pattern of pregnancy prevention on high school students showed that prevention and solution to sexual problems and premature pregnancy of students had to participate with all sectors including families, schools, and communities as the following activities : 1) school should proceed as follows: 1.1) reinforcing knowledge and good attitude modification on sex education since from primary level 1.2) reinforcing good relationship between students and students 1.3) reinforcing good relationship between teachers and students 1.4) closing and opening school gate for time 1.5) knowledge reinforcement and good attitude modification for using internet 2) family should proceed as follows : 2.1) encouraging parents to have knowledge, perception and good attitude on sexual 2.2) parents monitored risky sexual behavior on children 2.3) parents performed learning and morality activities in family 2.4) students should stay with their parents during their studies 3) community should proceed as follows : 3.1) monitoring risky sexual behavior in community 3.2) monitoring groceries in community selling alcohol beverages to children and youth 3.3) village leaders enhanced knowledge and awareness of pregnancy prevention in students in community through village broadcast tower every week to emphasize the importance

of problems on unready pregnancy in students. suggestion from this study as follows : 1. school, families, and communities should work together In order to closely take care of students, school should organize activities relating to build good relationship between teachers students and parents to prevent risky sexual behaviors and pregnancy problems in students 2. school should organize a campaign activity once a week about preventing risky sexual behavior and pregnancy prevention encourage students to have correct knowledge and awareness about sexual problems and properly conduct on sexual relations

Keywords : participation ; pattern of pregnancy prevention.

บทนำ

ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิวัฒนาการใหม่ๆ การเข้าถึงสื่อต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของสังคม และวัฒนธรรมในด้านต่างๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ รวมถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก และสื่อต่างๆ ที่มีเนื้อหาช่วยเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันอย่างอิสระมากขึ้น จากการศึกษาที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์และขาดความพร้อมในการมีชีวิตครอบครัว เป็นผลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอัตราที่สูง¹ สำหรับประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ประชากร 65 ล้านคน มีสตรีวัยรุ่น 23 ล้านคน ในจำนวนนี้มีการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการถึง 1 แสนคน/ปี² ข้อมูลจาก³ พบว่า ในภาพรวมของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 มีการเกิดจากเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งน่าจะถือว่าอยู่ในวัยที่ไม่พร้อมที่จะเป็นแม่จำนวน 3,676 คน และมารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งหมดจำนวน 114,001 คน ซึ่งในจำนวนนี้ พบว่ามีแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 8 ปี ในขณะที่พ่อวัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 10 ปี และยังพบว่าทารกที่เกิดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตรา 51.67 : 48.33 ค่าเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีค่า 90 ต่อ 1,000 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงที่สุดในทวีปเอเชีย⁴ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน และคาดว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าการแท้งเองถึง 10 เท่า⁵ วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม นั่นคือตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และเป็นการจัด

การตั้งครรภ์นอกสมรส การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักไม่ได้ฝากครรภ์และไม่ได้มีการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ส่วนใหญ่มีการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยและมีการตายคลอดร้อยละ 1 ทั้งนี้การคลอดของวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนมากถึง 122,736 คน (ร้อยละ 16 ของการคลอดทั้งหมด) นั่นคือ วัยรุ่นคลอดประมาณ 336 คนต่อวัน โดยที่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดทารกประมาณ 3,000 คนต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และเป็น การคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุน้อยลง คือ ช่วงอายุ 15 - 17 ปี⁶ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และ ทักษะชีวิต สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีรายงานว่า 1 ใน 5 ของผู้หญิงที่ประสบปัญหาตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมักเป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนอกจากจะเป็นผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตแล้วยังมีปัญหาด้านสังคมด้วยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ส่วภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงนับว่าเป็นวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เริ่มมีความรู้สึกทางเพศซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติ แม้ในปัจจุบันจะได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนนับตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งการสอนในระดับนี้มักจะไม่ค่อยมีปัญหายุ่งยาก มากนัก เพราะเด็กยังไม่มามีอารมณ์เพศเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ในระดับมัธยมศึกษาร่างกายจะเริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงจนเห็นความแตกต่างระหว่างชายและเพศหญิง อีกทั้งวัยรุ่นอาจเรียนรู้เรื่องเพศจากสื่อต่างๆ ทำให้วัยรุ่นมีเจตคติ ค่านิยม แนวคิดในเรื่องเพศสัมพันธ์เปลี่ยนไป และเป็นผลเสียมากกว่าจะเกิดประโยชน์ในปัจจุบันวัยรุ่นมักเห็น

ว การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นเรื่องปกติ ทำให้วัยรุ่น
ขาดการป้องกันตนเองเนื่องจากขาดทักษะที่ดี และขาด
ความตระหนักถึงปัญหาที่จะตามมา โดยเฉพาะปัญหาการ
ทำแท้ง ออกจากโรงเรียนกลางคัน และติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้ง
ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการแพทย์ อัตราเสี่ยง
ทางด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารกในครรภ์ก็มี
มากกว่าธรรมดา โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนด ทางด้าน
สังคมก็มีปัญหาเรื่องการศึกษา ครอบครัวไม่มั่นคง และ
โอกาสจะได้ทำงานดีๆ ก็น้อยลง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นจังหวัด
หนึ่งที่มีการใช้เทคโนโลยี การใช้สื่อต่างๆ เพื่อพัฒนาด้าน
เศรษฐกิจ การศึกษา และสังคมให้เทียบเท่ากับหลายจังหวัด
จึงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาความเสี่ยงทางด้านเพศจากผลของ
การพัฒนานั้น จากข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า อัตราการตั้ง
ครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี ในปี 2559, 2560, 2561 เท่ากับ
24.86, 27.10, 25.38 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี
ตามลำดับ 8 อัตราการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้น
มัธยมศึกษา ในเขตอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี
2559, 2560, 2561 เท่ากับ 10.76, 11.10, 13.46 ต่อ 1,000
ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 9 ตามลำดับ จากข้อมูลตั้ง
กล่าว พบว่า มีภาวะการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้น
ในทุกระดับ โรงเรียนจันทบุษยาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงเรียนประจำ
อำเภอเกษตรวิสัย จากข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า อัตราการ
ตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนจัน
ทรบุษยาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย
จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี 2559, 2560, 2561 เท่ากับ 1.59,
2.38, 3.17 ต่อ 1,000 ประชากรนักเรียนหญิง 10 ตามลำดับ
จากภาวะการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เด็กมีภาวะ
เครียด ไม่อยากเรียนหนังสือ ขาดเรียนบ่อยครั้ง ผู้ปกครอง
เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย ในการนำลูกไปฝากท้อง มีการติด
เชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์และบางรายต้องออกจากโรงเรียน
ก่อนจบการศึกษา จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความ
สนใจที่จะศึกษารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียน
มัธยมศึกษา โรงเรียนจันทบุษยาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

ประชากร

ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ทั้งชายและ
หญิง โรงเรียนจันทบุษยาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอ
เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2,500 คน คำนวณขนาด
ตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane ได้ จำนวน 345 คน
ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และผู้มีบทบาทที่
เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ใน
นักเรียน จำนวน 34 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่อง
มือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบ
สัมภาษณ์ถึงโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหา รวมทั้ง ความถูกต้อง และเหมาะสมของภาษาที่ใช้
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการปรับ แก้ไขความถูก
ต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง
ก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น ของเครื่องมือกับกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการ
ศึกษา จำนวน 30 ตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์
หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบ
ราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น
0.84 ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือน
พฤษภาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจง
ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 หมายเลข
ใบรับรอง COE0452561

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.20 อายุ
15 ปี ร้อยละ 21.74 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ 3 ร้อยละ 21.76 สถานภาพสมรสของบิดาและมารดา
อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 93.91 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดาและ
มารดา ร้อยละ 87.25 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอ
ร้อยละ 85.22 เดินทางมาโรงเรียนโดยบิดาและมารดามาส่ง

ร้อยละ 42.03 อาชีพหลักของบิดาคืออาชีพเกษตรกรกรรม
ร้อยละ 64.06 อาชีพหลักของมารดาคืออาชีพเกษตรกรกรรม
ร้อยละ 56.52 และช่องทางการรับความรู้เรื่องการป้องกันการ
การตั้งครรรภ์ทางอินเทอร์เน็ตร้อยละ 73.62 กลุ่มตัวอย่าง
มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรรภ์ อยู่ในระดับปาน
กลาง ร้อยละ 62.03 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง ร้อย
ละ 23.77 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.20

กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ
การคุมกำเนิดแบบใดที่สะดวกและปลอดภัยมากที่สุด
ตอบถูก ร้อยละ 82.03 การคุมกำเนิดชนิดใดสามารถป้องกันการ
การตั้งครรรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้
ตอบถูกร้อยละ 80.58 และข้อใดเป็นวิธีป้องกันการตั้งครรรภ์
ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ตอบถูกร้อยละ 79.71 กลุ่มตัวอย่าง
มีเจตคติในการป้องกันการตั้งครรรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 57.10 รองลงมา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 26.67 และ
อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 16.23 กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ถูก
ต้อง มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การป้องกันการตั้งครรรภ์ที่ดี
ที่สุด คือการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 75.07
หากต้องการคำแนะนำในการป้องกันการตั้งครรรภ์ที่ถูกวิธี
และเหมาะสม ควรปรึกษาแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ร้อยละ 71.01 และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน
เพียงครั้งเดียว อาจทำให้เกิดการตั้งครรรภ์ได้ ร้อยละ 68.41
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรรภ์ในนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษา มีดังนี้ 1) ที่พักอาศัยระหว่างการเรียนหนังสือ
2) การดื่มสุรา 3) การคบเพื่อน 4) สื่อมวลชน 5) ความรู้
เกี่ยวกับเรื่องเพศ 6) เจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ

วิจารณ์

ด้านความรู้ในการป้องกันการตั้งครรรภ์ ผลการศึกษา
พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทบูรเบกษาอนุสรณ์
ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีความ
รู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง
สามารถอธิบายได้ว่า ค่านิยมในสังคมไทยเรายังปิดกั้นไม่ให้
ความรู้และความจริงเรื่องเพศ อาจทำให้วัยรุ่นไม่มีทางออก
โดยเฉพาะถ้าวัยรุ่นถูกชักจูงจากเพื่อนไปหาข้อมูลจากแหล่ง
ที่ผิด ก็จะทำให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจที่ผิดๆ ในเรื่องเพศ

หรืออาจจะรู้เพียงครึ่งๆ กลางๆ จึงอาจส่งผลทำให้กลุ่ม
ตัวอย่างมีความรู้ที่อยู่ในระดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ของ¹¹ ได้ศึกษาศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อ
พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอ
เมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา
ตอนปลายส่วนใหญ่ มีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง
ด้านเจตคติในการป้องกันการตั้งครรรภ์ ผลการศึกษา พบว่า
นักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนจันทบูรเบกษาอนุสรณ์ตำบล
เกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีเจตคติใน
การป้องกันการตั้งครรรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง สามารถ
อธิบายได้ว่า ปัจจุบันข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีมากขึ้น ธุรกิจ
การค้าต่างๆ ที่ใช้สื่อและเทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งพบเห็นได้จาก
การ์ตูน ทีวี วิทยุ โฆษณา โทรศัพท์มือถือ คลิปวิดีโอ วีซีดี
และโดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตนั้น มีส่วนในการกระตุ้น ชักจูง
หรือมีอิทธิพลต่อเจตคติและความเชื่อในเรื่องเพศที่ไม่
สร้างสรรค์หรือไม่ถูกต้องเหมาะสม จึงอาจส่งผลทำให้กลุ่ม
ตัวอย่างมีเจตคติ อยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาของ¹² ได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการ
ป้องกันการตั้งครรรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนไผ่งาม
พิตยาคม ตำบลไผ่ อำเภอราศีไศล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วน
ใหญ่เจตคติในการป้องกันการตั้งครรรภ์ อยู่ในระดับ
ปานกลาง ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรรภ์
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีดังต่อไปนี้

1. ที่พักอาศัยระหว่างการเรียนหนังสือ สามารถอธิบาย
ได้ว่า วัยรุ่นที่เช่าบ้านอยู่หรือเช่าหอพักอยู่ตามลำพัง ซึ่งอยู่
ห่างไกลจากการดูแลของพ่อแม่และผู้ปกครอง ทำให้มีอิสระ
ในการใช้ชีวิต และการอยู่อย่างมีอิสระจะทำให้เกิดความเป็น
ส่วนตัวและเอื้อต่อการทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้โดยง่าย
2. การดื่มสุรา สามารถอธิบายได้ว่า สุราเป็นสารเสพติด
ถ้าหากดื่มในปริมาณที่เกิดขนาดแล้ว จะทำให้มีอาการ
มึนเมา ไม่รู้สึกตัว ขาดการยับยั้งชั่งใจสุรา ขาดความยับยั้ง
และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่ได้ตั้งใจ
3. การคบเพื่อน สามารถอธิบายได้ว่า วัยรุ่นมักจะคล้อย
ตามกลุ่มเพื่อน เพื่อให้กลุ่มยอมรับ เมื่อวัยรุ่นมีปัญหา
ส่วนใหญ่จะปรึกษาเพื่อนมากกว่าผู้ปกครองหรือพ่อแม่

ซึ่งถ้ากลุ่มเพื่อนให้คำปรึกษาที่ไม่ถูกต้อง อาจชักจูงไปในทางที่ผิด และการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

4. สื่อมวลชน สามารถอธิบายได้ว่า การสื่อสารที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้สื่อมวลชนมีอิทธิพลต่อความคิด ทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น สื่อมวลชนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ไม่ว่าจะมิวิตถุประสงค์ต่อการเผยแพร่หรือนำเสนอในเรื่องเพศอย่างไร ก็ล้วนแต่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศโดยเฉพาะในกลุ่มของวัยรุ่นที่กำลังอยู่ในช่วงวัยที่มีความสนใจในเรื่องเพศ

5. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรม บุคคลใช้ความรู้ที่ได้รับมาในการจดจำระลึกได้ซึ่งมีผลประสพการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมามีสามารถแปลความ ตีความหมาย และขยายความ รวมถึงนำสาระสำคัญไปใช้ในสถานการณ์จริง ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ คือ มีความรู้ ความสามารถที่จะควบคุมสขกกลั่นอารมณ์เพศของตนเอง ทราบว่าจะวางตัวอย่างไรต่อเพศตรงข้าม หลีกเลี่ยงการไปมีเพศสัมพันธ์โดยบังเอิญหรือไม่ได้ตั้งใจ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ทันท่วงที

6. เจตคติเกี่ยวกับ สามารถอธิบายได้ว่า เจตคติเป็นคุณลักษณะทางจิตใจ นิสัย คุณธรรมและค่านิยม เป็นบุคลิกภาพของแต่ละคนจากค่านิยมที่ตนยึดมั่น ดังนั้นเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงถึงความรู้สึกและปฏิกิริยาความพร้อมของบุคคลนั้นที่จะปฏิบัติในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับคนเราทั้งทางร่างกาย ใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อได้เรียนรู้เจตคติแล้วก็จะติดตัวไปตลอดชีวิต เจตคติทางเพศที่ดีช่วยในการปรับตัวได้ต่อเพศตรงข้าม การมีเจตคติที่ไม่ดีต่อเรื่องเพศย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่อาจก่อให้เกิดปัญหากับตนเองและผู้อื่นได้ ด้านรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนจันทบุรีเบกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอกะชัง จันทบุรี พบว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหามีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียน ต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1)

ในสถานศึกษา ควรมี การดำเนินการ ดังนี้ 1.1) สร้างเสริมความรู้ และปรับเปลี่ยนเจตคติที่ดี ด้านเพศศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา โดยการให้ความสำคัญต่อจัดการเรียนการสอนด้านเพศศึกษาเพิ่มขึ้น และจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่าง ผู้ปกครอง สถานศึกษา และชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดแรงสนับสนุนในชุมชนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียน 1.2) เสริมสร้างสัมพันธที่ดีระหว่างนักเรียนกับนักเรียน เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อการสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การเข้าใจ ความสามัคคี สร้างความรู้สึกรู้สึกเหมือนเป็นญาติ พี่น้องกัน การฝึกทักษะให้เด็กรู้จักจัดการปัญหาและควบคุมอารมณ์ตนเองในเรื่องเพศ 1.3) เสริมสร้างสัมพันธที่ดีระหว่างครูกับเด็กนักเรียน การเสริมสร้างการสื่อสารแบบ 2 ทาง ระหว่างครูกับเด็ก และครูควรมีทักษะในการประเมินสภาวะเด็ก ประเมินความต้องการของเด็ก มีความรู้และทักษะในการแทรกแซงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางเพศของเด็ก ทักษะในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องเพศแก่เด็กได้ 1.4) สถานศึกษา เปิดให้นักเรียนเข้าออกเป็นเวลา เปิดประตูโรงเรียน 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงเช้า ตอนเช้าเรียน และช่วงเย็นตอนเลิกเรียน และไม่ให้นักเรียนออกนอกบริเวณโรงเรียนในช่วงระหว่างทำการเรียนการสอน 1.5) สร้างเสริมความรู้ และปรับเปลี่ยนเจตคติที่ดี ในการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์ด้านเพศศึกษาในนักเรียน 2) ในครอบครัว ควรมีการดำเนินการ ดังนี้ 2.1) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจและมีเจตคติที่ดี ในเรื่องเพศ และสามารถสื่อสารกับลูกเรื่องเพศ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารในครอบครัว 2.2) ผู้ปกครอง ฝึกระวังพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ของบุตรหลาน อย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ 2.3) ผู้ปกครองสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ คู่คุณธรรมในครอบครัวผ่านกิจกรรมการทำบุญตักบาตรตอนเช้า การเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณี การเข้าวัดฟังธรรม การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น การปลูกต้นไม้ การออกกำลังกาย 2.4) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปกครองนำบุตรหลานที่พักในหอพักหรือบ้านเช่า ให้กลับมาพักอาศัยอยู่กับตนเองหรือเครือญาติในช่วงเวลาระหว่างทำการศึกษานอกโรงเรียน 3)

ในชุมชน ควรมีการดำเนินการ ดังนี้ 3.1) เฝ้าระวังกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่จับกลุ่มมั่วสุมดื่มสุราในชุมชน 3.2) เฝ้าระวังร้านค้าในชุมชน ในเรื่องการไม่จำหน่ายสุราให้แก่เด็กต่ำกว่า 20 ปี การไม่แบ่งขายสุรา และการไม่ตั้งแสดงสุราอย่างเปิดเผย เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเสพสุราและการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีเมามา 3.3) ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์เสริมสร้างความรู้ สร้างความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียน ให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบ ผ่านหอกระจายข่าวชุมชนทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการเน้นย้ำความสำคัญของปัญหาที่จะเกิดขึ้นถ้าหากเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือ และความร่วมมืออย่างดียิ่ง จากคณะครู อาจารย์ และนักเรียนโรงเรียนจันทร์บุษยามานุสรณ์ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เสียสละเวลา และให้คำแนะนำ ทำให้การดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์และสำเร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, วิทยา ธิฐาพันธ์ และคณะ,บรรณาธิการ.(2555); 143-149. **การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ ; วิกฤติเวชปฏิบัติปริกำเนิด.** กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด
2. อรพันธ์ เจริญผล, บรรณาธิการ. (2555) ; 157-162. **การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ ; วิกฤติเวชปฏิบัติปริกำเนิด.** กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, (2555). **สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.** สภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
4. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. **เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย.** **วารสารสภาการพยาบาล.** 25(4) : ต.ค.-ธ.ค. 2553 ; 5-9.
5. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุรนาท ชมณะรงค์. ปัจจัยทำนายการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์.** 31(1) : เม.ย. 2551; 133-38.
6. เบญจพร ปัญญา. (2553). **การทบทวนองค์ความรู้ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
7. สุมาลัย นิธิสมบัติ. (2553). **การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ].** [เชียงใหม่] : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2562). **รายงานผลการดำเนินงานประจำปี.** [ร้อยเอ็ด] : กลุ่มงาน.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย. (2562). **รายงานผลการดำเนินงานประจำปี.** [ร้อยเอ็ด] : กลุ่มงาน.
10. โรงเรียนจันทร์บุษยามานุสรณ์. (2562). **รายงานสถิตินักเรียนตั้งครรภ์ในโรงเรียน.**
11. นิธิพงศ์ ศรีบุญจมาศและคณะ. (2558). **พฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.** คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
12. วิลาวรรณ ชิมวงศ์. (2554). **ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนไผ่งามพิทยาคม ตำบลไผ่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ ส.บ.].** [มหาสารคาม] : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

**การพัฒนาแบบการเยี่ยมชมติดตามหญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์
เครือข่ายโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด**
**Development of a follow-up model to visit pregnant women
for 12 weeks NongPhok Hospital Network Roi-Et Province**

วัชรารักษ์ กุชโร*

Watcharakorn Kucharo

Corresponding author : Email : w_at_cha@hotmail.com

(Received: October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแบบการเยี่ยมชมติดตามหญิงตั้งครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 277 คน 2) แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ จิตอาสาและนักพัฒนาชุมชน หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว 5 กลุ่มๆละ 12 คน จำนวน 60 คน และ 3) กลุ่มเป้าหมายหลักเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ จำนวน 104 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาเป็นนวัตกรรม VALCHOR MODEL และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบสอบถามความพึงพอใจ แบบบันทึกการประชุมระดมความคิดเห็น และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : ระยะที่ 1) อัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 46 วิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจนในที่ประชุม ตกลงแก้ไขปัญหามาโดยการสร้างรูปแบบใหม่ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ หลักการ จุดมุ่งหมายวัตถุประสงค์ เป้าหมาย โครงสร้างการดำเนินงาน ใช้นวัตกรรม VALCHOR MODEL เจาะใจสู่ความสำเร็จและผลผลิต โดยเน้นพัฒนาจิตใจ เสริมพลังเรื่องการสนับสนุนการให้สุขภาพมารดาและทารกสุขภาพดีขึ้น ให้มีผู้รับผิดชอบข้อมูล มีการจัดบริการคลินิก เน้นเรื่องทักษะและวิธีการจัดการสุขภาพผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถามและการสนทนาของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมาสร้างเป็นชุดกิจกรรมในรูปแบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ระยะที่ 2) นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้การเยี่ยมชมติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ทั้ง 7 ขั้นตอน จำนวน 13 แห่ง ระยะที่ 3) ระยะประเมินผล การประเมินทุกด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด กลุ่มสาธารณสุขและกลุ่มสังคม พบว่า พึงพอใจอยู่ในระดับมาก ระยะที่ 4) ผลการสะท้อนกลับข้อมูล ปัญหาจากการประชุมกลุ่มระดมสมอง และการสัมภาษณ์เชิงลึก จากหญิงตั้งครรภ์ 2 ราย พบว่า ไม่สามารถฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ได้ เนื่องจากความไม่สะดวกและวันนัดตรงกับการทำงานประจำพร้อมทั้งเป็นครรภ์แรก ไม่มั่นใจว่าตนตั้งครรภ์

สรุปและข้อเสนอแนะ : การนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในพื้นที่ที่มีการประสานเชื่อมโยงกับชุมชนทำให้ชุมชนได้ทราบถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เกิดเครือข่ายร่วมในการดำเนินงาน ทำให้สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้เพิ่มขึ้นและครอบคลุมกว่ารูปแบบเดิม ส่งผลให้จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ในปี 2562 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก เดิมร้อยละ 87.04 เป็นร้อยละ 96.49 ผลงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.0

คำสำคัญ : รูปแบบ ; สหวิชาชีพ ; การฝากครรภ์ ; สุขภาพ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ABSTRACT

Purpose : To conducted with participation with the aim to study the situation and develop a model for follow-up visits to pregnant women before 12 weeks.

Design : Participatory Action Research

Materials and Methods : The participants in this study were 1) Pregnant women who came to the NongPhok hospital 277 case 2) Multidisciplinary medical doctor. Volunteerism and Community Development Pregnant women and families divided into 5 groups of 12 people, totaling 60 people. and 3) The main target groups are pregnant women who received prenatal care, 104 were selected purposively. The tools used in the development of innovative VALCHOR MODEL and data were collected by questionnaires. Satisfaction Save brainstorming sessions. And in-depth interviews Data were analyzed using descriptive statistics. And content analysis

Main findings : The study found Phase 1) the situation and problems of pregnancy to 12 weeks of pregnancy who came to the hospital NongPhok, the rate of prenatal care within the first 12 weeks of pregnancy, 46 percent problem rate of prenatal care within the first 12 weeks under standard lot (60 percent) to analyze and find out. Fix the problem that at the meeting agreed. Solve the problem by creating a new form contains 8 elements. principles, goal, objectives, structures, operations, innovation, conditions for success and productivity. The use of innovative VALCHOR MODEL Conditions for success and productivity, with an emphasis on spiritual development. Empower's support for maternal and infant health. Responsible for data Provided clinical services Focus on the skills and methods of health management research data obtained from questionnaires and focus groups of pregnant women and their families to create a series of activities in monitoring pregnant women prenatal care within the first 12 weeks. Phase 2) was formed to try to track pregnant women visiting prenatal care before 12 weeks, the 7 steps in place NongPhok District Network. Phase 3) assessment period with details as follows: evaluation of visits to pregnant women the evaluation results in all aspects and the overall picture are at a high level, indicating that it is an effective form. assessment of satisfaction with participation in model development activities shows that pregnant women and relatives group participants were satisfied with the activities at the highest level. as for public health groups and social groups regarding to the new model, overall, it was found that satisfied and agreed with the follow up model of pregnant women at a high level Phase 4) results of data reflection problems from brainstorming sessions and in-depth interviews from 2 pregnant women, it was found that the antenatal care was not possible within 12 weeks due to the inconvenience and the direct appointment date for full time work as well as being the first pregnancy. not sure that she is pregnant.

Conclusion and recommendations : The introduction of a new model developed in the area is linked with the community, allowing the community to know the importance of prenatal care before the pregnancy of 12 weeks of pregnancy. there is a network of community operations in search and public relations, which allows search more and more new pregnant women than the previous model, result the

number of new pregnant women who have antenatal care before the 12 weeks of pregnancy in 2019 has increased from 87.04 percent to 96.49 percent, an increase of 9 percent.

Keywords : model ; multidisciplinary ; antenatal care ; health.

บทนำ

การฝากครรภ์เป็นหนึ่งในบริการอนามัยแม่และเด็ก เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับมารดาช่วยให้ทารกแรกเกิด มีสุขภาพ แข็งแรง มีการเริ่มต้นชีวิตที่ดี อีกทั้งการฝากครรภ์ เป็นการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนกระทั่งคลอด องค์กรอนามัยโลกและกระทรวง สาธารณสุขได้กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการ ฝากครรภ์คุณภาพ อย่างน้อย 5 ครั้ง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และควรมาฝาก ครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อลดปัญหาภาวะ แทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารก การฝาก ครรภ์ซ้ำมีผลต่อสุขภาพแม่และเด็ก เนื่องจากการที่หญิงตั้ง ครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงและการดูแลตาม มาตรฐานฝากครรภ์ซ้ำ ซึ่งจะส่งผลให้ เกิดภาวะเสี่ยงและ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด, หลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง การคลอดเด็กมีน้ำหนักแรก เกิดน้อย เป็นต้น อันจะส่งผลต่อสุขภาพของแม่และเด็กใน ระยะยาว

ผลการดำเนินงานของคลินิกฝากครรภ์จังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2557 - 2561 พบว่า อัตราของหญิงตั้ง ครรภ์ที่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 56.39, 64.14, 73.56, 84.5 และ 84.15 ของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมดซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่กรม อนามัยกำหนด โดยเฉพาะเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2557- 2561 พบว่า อัตรา ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 69.44, 76.51, 80.83, 92.62 และ 91.822 ซึ่งสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ว่า อัตราการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และถ้าวิเคราะห์ ตามสถิติแล้ว ผลการดำเนินงานอำเภอหนองพอกผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัด แต่เพื่อให้ผลงานมีความครบถ้วนร้อยละ 98 ซึ่งจะทำให้ความปลอดภัยของมารดาและทารกเพิ่มขึ้น ตลอดถึงคุณภาพชีวิตของเด็กดีเพิ่มขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ในเครือข่ายบริการปฐม ภูมิอำเภอหนองพอก มีมุมมองต่อการฝากครรภ์ ครั้งแรก ใดๆเพื่อค้นหาทั้งปัจจัยส่งเสริม หรือสนับสนุนให้มาฝาก ครรภ์ในหญิงที่มาฝากครรภ์เร็ว และอุปสรรคในมุมมองของ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า เพื่อให้ได้คำตอบที่นำไปสู่วิธี การแก้ปัญหาดังกล่าวและบรรลุเป้าหมายการมาฝากครรภ์ ครั้งแรก ก่อน 12 สัปดาห์มากกว่า ร้อยละ 98 ในอำเภอ หนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการมาฝากครรภ์ ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ในสถานบริการเขตอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการ ติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ในสถานบริการเขตอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

การดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย

1. กลุ่มศึกษาสถานการณ์และปัญหา เกี่ยวกับการมา ฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาล หนองพอก จำนวน 277 คน โดยการใช้แบบสอบถาม แบบ สัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ

จิตอาสาและนักพัฒนาชุมชน หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว 5 กลุ่มๆ ละ 12 คน รวมจำนวน 60 คน

3. กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาและทดลองปฏิบัติการ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 104 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

โดยประยุกต์ใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เสนอกระบวนการ 4 ขั้นตอนในการวิจัยปฏิบัติการ คือ

1. การวางแผน (Planning)
 2. การลงมือปฏิบัติ (Action)
 3. การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)
 4. การสะท้อนกลับต่อการปฏิบัติงาน (Reflection)
- จำนวน 1 วนรอบ โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผนแก้ไขปัญหา (Planning)

ขั้นเตรียมการวางแผน ศึกษาสถานการณ์และค้นหาปัญหา ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองพอก ประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์ 200 คน ครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ 77 คน รวมจำนวน 277 คน ที่มาฝากครรภ์ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561 โดยการใช้แบบสอบถาม จัดประชุมระดมสมองสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้งและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

ขั้นวางแผนแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยและข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ปัญหา และจัดประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 ภาคส่วน ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว คณะทำงานส่วนสาธารณสุขและเครือข่าย วิเคราะห์ประเด็นปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง โดยการสร้างรูปแบบใหม่ และนวัตกรรม VALCHOR Model เน้นพัฒนาจิตใจ เสริมพลังและสนับสนุนให้สุขภาพมารดาและทารกสุขภาพดีขึ้น จัดให้มีผู้รับผิดชอบข้อมูล มีการจัดบริการคลินิกนอกเวลาราชการ เน้นเรื่องทักษะและวิธีการการ

จัดการสุขภาพ ผู้มีส่วนร่วมในการประชุมวางแผน 5 กลุ่มๆ ละ 12 คน จำนวน 60 คน ช่วงเวลา 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2561

ระยะที่ 2 นำรูปแบบไปทดสอบใช้ติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์(Action) โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรที่ใช้รูปแบบ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์พร้อมครอบครัวสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตในการรับ-ส่งข่าวสารที่มีความสนใจ เต็มใจให้ความร่วมมือและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 30 มิถุนายน 2562 จำนวน 104 คน

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ (Observe) การเยี่ยมชมติดตามหญิงตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. การตอบแบบสอบถามของผู้ทรงคุณวุฒิในด้านความถูกต้องความสอดคล้องความเหมาะสมความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ
2. การประชาสัมพันธ์เพื่อระดมความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ
3. ประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว กลุ่มสาธารณสุขและสังคม
4. ประเมินผลการปฏิบัติงาน ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ โดยการใช้ฐานข้อมูล รายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 4 สะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) จัดประชุมกลุ่มแพทย์พยาบาล จิตอาสา เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อคืนข้อมูลและปัญหาที่พบจากการทดลองใช้รูปแบบ ในระยะเวลา 3 เดือนหลังจากเริ่มโครงการ (1 มกราคม -31 มีนาคม 2562) และปรับปรุงส่วนขาด โดยเพิ่มกิจกรรมที่สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ ประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดไตรมาส 30 มิถุนายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านงานวิจัย จำนวน 3 ท่าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เป็นต้น โดยอยู่ในกรอบแนวความคิดการวิจัย จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 5 ระดับ แบบสอบถามชุดนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity for scale, S-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านเท่ากับ 0.80 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอรีนบาค เท่ากับ 0.87

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์และแนวความคิดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จำนวน 10 ข้อ โดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ตรวจสอบความตรงจากการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำเพื่อ ความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

4. แบบบันทึกการประชุมระดมความคิดเห็น เป็นแบบบันทึกที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและวิธีการในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลค่าสำคัญและเชื่อมโยง

ความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้อง โดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษารั้งนี้กระทำภายใต้ การยินยอมของประชากรทุกคนจะได้รับทราบ วัตถุประสงค์ของการศึกษาจากผู้วิจัย และรับทราบว่าประชากรมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และได้รับแจ้งให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาจะไม่มีผลกระทบ ชื่อ นามสกุลของผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งจะนำเสนอผลการศึกษาที่ได้ในภาพรวมเท่านั้น โดยจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด No.COE2122561 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561 ผู้วิจัยได้ มีการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มที่เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสอบถาม โดยคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์และการเก็บรักษาความลับ

ผลการวิจัย

โดยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 มีรายละเอียด ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมการขั้นเตรียมการจากการศึกษาสถานการณ์ และปัญหาการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองพอก จำนวน 277 คน ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561 พบว่า อัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์เกือบครึ่งของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ร้อยละ 46 และมีอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 54 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์เฉลี่ย 16 สัปดาห์ อายุครรภ์ต่ำสุด 10 สัปดาห์และอายุครรภ์สูงสุด 24 สัปดาห์ พบปัญหาอัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาก (ร้อยละ 60) และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบปัญหา เรื่องช่องทางในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ การลืมนัดฝากครรภ์ และความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ

ในคลินิกที่สถานบริการจัด กรณีเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยทำงาน วัยเรียน เครือข่ายและคณะทำงานไม่ทราบขอบเขต บทบาทหน้าที่ของตนเอง กรณีพบหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ สิ่งเหล่านี้เป็นประเด็นสำคัญที่นำมาจัดสร้างนวัตกรรม เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางให้เข้าถึงบริการและประชาชนรับสิทธิ์ประโยชน์การดูแล

สุขภาพตนเองได้มากขึ้นรูปแบบเดิมของการฝากครรภ์ อำเภอนองพอก พบเฉพาะการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่โดยเจ้าหน้าที่และอสม. และการจัดคลินิกในสถานบริการ กำหนดทุกวันอังคาร ภาคเช้า 08.30 – 12.00 น. แสดงการเปรียบเทียบได้ดังภาพประกอบ 2) ชี้นำสู่ขั้นวางแผนแก้ปัญหาระยะนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบนวัตกรรมเดิมและนวัตกรรมใหม่ในการเยี่ยมชมติดตามหญิงตั้งครรภ์

นวัตกรรมเดิม	นวัตกรรมใหม่ VALCHOR MODEL
1. พัฒนาจิตอาสาร่วมเยี่ยมชมติดตาม	1.V = Volunteerอาสาสมัครและจิตอาสาสมัครและ
2. เพิ่มแรงกระตุ้นให้รางวัล ของขวัญ (เงิน ไข่ เกลือเสริมไอโอดีนgift set)	ทารกเยี่ยมชมติดตาม
3. จัดบริการฝากครรภ์ในสถานบริการ	2. A = Award เสริมพลัง Gift Set และเงินรางวัล
4. การให้สุขศึกษารายบุคคลในคลินิกฝากครรภ์	ฝากเร็ว ฝากครบ ประสบโชค
5. อสม.สำรวจข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ ประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่างๆในชุมชน	3. L= Line กลุ่มไลน์ ครอบคลุมรพ.นองพอก 4.0
6. เจ้าหน้าที่ตรวจปัสสาวะหญิงเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์	4. C= Clinic คลินิกนอกเวลาราชการและคลินิกในชุมชน
7. ผู้รับผิดชอบงานอนามัยมารดาและทารก MCH จัดทำข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ใหม่รายเดือน	5. H= Health Literacy หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
	6. O=Love child กลุ่มไลน์รักลูกระหว่างหญิงตั้งครรภ์และแพทย์ผู้รับผิดชอบ
	7. R= Report รายงาน มีผู้รับผิดชอบงานข้อมูล IT คณะกรรมการข้อมูล รพ.นองพอก รายงานผลทุกสัปดาห์

ได้มีการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจนในที่ประชุมตกลง แก้ไขปัญหาโดยการสร้างรูปแบบใหม่และนวัตกรรม VALCHOR Model ซึ่งที่ประชุมยอมรับและแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดสามารถแก้ไขปัญหาได้โดยเน้นพัฒนาจิตใจ เสริมพลัง เน้นเรื่องการสนับสนุนการให้สุขภาพมารดาและทารก สุขภาพดีขึ้น เน้นให้มีผู้รับผิดชอบข้อมูล เน้นให้มีการจัดบริการคลินิก เน้นเรื่องทักษะและวิธีการจัดการสุขภาพ จึงได้ร่วมกับที่ประชุมสร้างรูปแบบใหม่ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบคือ หลักการจุดมุ่งหมายวัตถุประสงค์เป้าหมาย โครงสร้างการดำเนินงาน ใช้นวัตกรรม VALCHOR Model เจือปนความสำเร็จและผลผลิตการออกแบบรูปแบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถามและการสนทนา

กลุ่มของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมาสร้างเป็นชุดกิจกรรมในรูปแบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ โดยได้มีการประชุมระดมความคิดเห็น ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์จำนวน 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญทางด้านงานวิจัยจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบ แก้ไขปรับปรุง รูปแบบตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และมีกิจกรรมที่เป็นนวัตกรรม คือ VALCHOR MODEL ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ ดังนี้ V = Volunteer : อาสาสมัคร พัฒนาจิตอาสาดูแลมารดาและทารก เยี่ยมติดตาม กระตุ้นการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ คือ ติดตามทุกเดือน A = Award : รางวัล มีการตอบแทนหรือมีการเสริมพลังกับหญิงตั้งครรภ์ โดยมีของที่ระลึก L = Line : กลุ่มไลน์ มีการสร้างกลุ่มไลน์

ครอบครัวหนองพอก 4.0 เกิดขึ้นเพื่อให้ความรู้หรือเตือนวัด
นัดฝากครรภ์ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ C = Clinic :
คลินิก มีจัดบริการคลินิกนอกเวลาราชการ คลินิกฝากครรภ์
ในชุมชน/ป้ายไวเนล “ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์” H =
Health Literacy : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีหลักสูตรอบรม
ให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพิ่มทักษะและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใน
การดูแลครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย O = love child :
กลุ่มไลน์รักลูก มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ (Line group) เพื่อเพิ่ม
ช่องทางในการสื่อสาร ระหว่างหญิงตั้งครรภ์และเพื่อนๆ R
= Report : รายงาน มีกิจกรรมรายงานข้อมูลข่าวสารและ
มีฐานข้อมูลในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ 3) ชั้นประเมินรูป
แบบที่สร้างขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ส่งรูปแบบที่สร้างขึ้นให้
ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน 5 ด้านคือ ด้านความถูกต้อง ด้านความ
สอดคล้อง ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้และด้าน
ความเป็นประโยชน์ ผลการประเมินรูปแบบรายด้านและ
ภาพรวมอยู่ในระดับมาก 4) ทำประชาพิจารณ์ในกลุ่ม
บุคลากรและจิตอาสาเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้อ่านทำความเข้าใจ
และปรับปรุงให้รูปแบบเหมาะสมกับพื้นที่มากยิ่งขึ้น
และ 5) เตรียมความพร้อมของผู้เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบ
ไปใช้ในรพสต.ทั้ง 13 แห่งในเขตอำเภอหนองพอกและ
ประกาศใช้ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น

2. ระยะที่ 2 พบว่า ทุกสถานบริการในอำเภอ
หนองพอกนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ในระยะเวลา 3 เดือน
(1 มกราคม – 31 มีนาคม 2562) ผู้รับบริการ จำนวน 55 คน

3. ระยะที่ 3 พบว่า การประเมินความพึงพอใจต่อ
การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบมีดังนี้ 1) ความพึงพอใจ
ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และญาติ ผู้เข้ารับการอบรมมีความ
พึงพอใจต่อความรู้ที่ได้รับจากการฟังบรรยายการฝึกปฏิบัติ
และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย
4.18) และมีความเห็นว่า โรงพยาบาลหนองพอกควรดำเนิน
โครงการเช่นนี้อีกอย่างต่อเนื่อง โดยควรมีโครงการติดตามที่
ช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความมั่นใจในความสามารถ
ตนเองต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ได้จน
กระทั่งคลอด 2) ความพึงพอใจของกลุ่มสาธารณสุขและกลุ่ม
สังคม ต่อรูปแบบใหม่โดยรวม พบว่า พึงพอใจและเห็นด้วย
ต่อรูปแบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

(ค่าเฉลี่ย 3.36) เมื่อจำแนกความคิดเห็นรายข้อ พบว่าเห็น
ด้วยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.06)

4. ระยะที่ 4 พบว่า การประเมินผลรอบที่ 1 ในช่วง
เดือนมกราคม - มีนาคม 2562 จากหญิงตั้งครรภ์ จำนวน
55 ราย พบว่า อัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12
สัปดาห์ ร้อยละ 94.83 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.79 (ไตรมาส 1 ปี
2562 ร้อยละ 87.04) ปัญหาจากการประชุมกลุ่มระดม
สมองและการสัมภาษณ์เชิงลึก จากหญิงตั้งครรภ์ 2 ราย
พบว่า ไม่สามารถฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ได้ เนื่องจาก
ความไม่สะดวกและวันนัดตรงกับการทำงานประจำพร้อม
ทั้งเป็นครรภ์แรก ไม่มั่นใจว่าตนตั้งครรภ์ รอให้ครรภ์โตก่อน
จึงมาฝากครรภ์ ได้เพิ่มกิจกรรม อีก 2 อย่าง คือ 1) การจัด
บริการคลินิกนอกเวลาราชการ เวลา 18.00 – 20.00 น.
และ 2) เพิ่มการณรงค์ด้วยจิตอาสาในชุมชนให้เกิดการ
ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการฝากครรภ์การประเมินผล
รอบที่ 2 เดือนเมษายน – มิถุนายน 2562 จากหญิงตั้งครรภ์
จำนวน 49 ราย อัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12
สัปดาห์ เท่ากับ ร้อยละ 96.49 (ไตรมาส 2 ปี 2562 ร้อยละ
94.83) เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.66 ปัญหาจากการประชุมกลุ่ม
ระดมสมอง และการสัมภาษณ์เชิงลึก จากหญิงตั้งครรภ์
3 ราย พบว่า ไม่สามารถฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์
เนื่องจากความอยู่ในฤดูกาลทำนา อยู่ห่างไกลจากสถาน
บริการ และความอายุที่ต้องมาฝากครรภ์เนื่องจากอยู่ในวัย
เรียน ที่ประชุมจึงได้จัดกิจกรรมคือ 1) การรณรงค์ตรวจ
ปัสสาวะในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเด็กวัยเรียน จำนวน 350
คน และ 2) การติดตามหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบ Line
application เพื่อกระตุ้นเตือนให้มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง

วิจารณ์

รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการดำเนินงาน
(Working Model) ที่ดี มีวิธีการที่เหมาะสมกับพื้นที่และ
หน่วยงานสาธารณสุขของพื้นที่ทั้งที่มีข้อจำกัดด้าน
บุคลากรและมีภาระงานมาก เนื่องจากมีเหตุผล 3
ประการคือ 1) ได้พัฒนารูปแบบขึ้นจากความร่วมมือ
ร่วมใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการทำงานเป็นทีมอย่าง
จริงจัง เป็นที่ยอมรับจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

สามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยไม่เพิ่มภาระกับผู้ปฏิบัติงานและผู้ให้บริการ สอดคล้องกับแนวคิด⁴ การวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาารูปแบบจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ตั้งแต่เริ่มต้นโดยใช้ประโยชน์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 2) มีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ร่วมกันประเมิน วิเคราะห์การดำเนินงานและผลการดำเนินงานการฝากครรภ์ในรอบปีที่ผ่านมาและสังเคราะห์แนวทางและวิธีการใหม่ที่เหมาะสม เพื่อแก้ปัญหาจากผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและ 3) การนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในพื้นที่ที่มีการประสานเชื่อมโยงกับชุมชนทำให้ชุมชนได้ทราบถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เกิดเครือข่ายร่วมในการดำเนินงานชุมชนร่วมค้นหาและประชาสัมพันธ์ ทำให้สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้มากขึ้นและครอบคลุมกว่ารูปแบบเดิมที่มีเพียงการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่โดยอาสาสมัครเยี่ยมบ้านและตั้งรับในสถานบริการเท่านั้น ส่งผลให้จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ในปี 2562 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.00 จากเดิมร้อยละ 87.04 เป็นร้อยละ 96.49 สรุปรูปแบบใหม่นี้เป็นรูปแบบที่มีคุณภาพ⁵ รูปแบบที่มีคุณภาพนั้นองค์ประกอบของรูปแบบต้องมีความตรงตามหลักวิชาการ มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน มีความเป็นเหตุเป็นผลตรงตามความต้องการของผู้ใช้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการใช้ Line Application โดยการช่วยเหลือให้ข้อมูลและการให้กำลังใจเพราะการกระทำดังกล่าวจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี
2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพ ฟื้นฟูและค้นหากลุ่มบุคคล ขึ้นเป็นเครือข่ายจิตอาสาเพิ่มให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายจิตอาสาในหมู่บ้านอื่นที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และค้นหาวิธีในการจัดปัญหาเหล่านั้น ต่อไป
3. ควรเพิ่มช่องทางในการฝากครรภ์เพื่อความสะดวก

ของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์นอกเวลาและคลินิกฝากครรภ์ในชุมชน หรือในโรงเรียน เพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอกและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และควรทำการศึกษาให้ครอบคลุมรายละเอียดต่างๆ เช่น ทักษะ ค่านิยม พฤติกรรม และแรงจูงใจในการฝากครรภ์ อย่างครบถ้วนตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและตามบริบทพื้นที่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การสนับสนุนของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักและให้การปฏิบัติเป็นอย่างดี การทำงานเป็นทีม มีความสามัคคี รูปแบบของการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน อสม. จิตอาสาและเจ้าหน้าที่การฝากครรภ์ที่รวดเร็วได้มาตรฐาน ครอบคลุมประชาชนทุกสิทธิ์ คลินิกนอกเวลาราชการและในชุมชน รวมทั้งการนำเอาทรัพยากร/ทุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพมารดาและทารก

บทเรียนที่ได้รับ

รูปแบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์มีจุดเด่น คือระบบการติดตามด้วยจิตอาสา การประยุกต์ใช้ Line Application มาใช้ในการแจ้งเตือนนัดการเสริมพลังเพื่อจูงใจและสร้างความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ตามนัด แรงสนับสนุนครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ สร้างความตระหนัก Awareness ในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือของผู้บริหารอำเภอหนองพอก ขอบพระคุณ นายสมพร โมครรัตน์ สาธารณสุขอำเภอหนองพอก ผู้สนับสนุนทุกชั้นตอนของการวิจัย ขอบพระคุณ อ.ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา อ.ดร.สุพษยนต์ ชมพูรัช และอ.ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษา และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tariku, A., Melkamu, Y., & Kebede, Z. Previous utilization of service does not improve timely booking in antenatal care : Cross sectional study on timing of antenatal care booking at public health facilities in Addis Ababa. **Ethiopian Journal of Health Development.** 24(3) : 2010; 226-233.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2561). รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง ปีงบประมาณ 2561. กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานส่งเสริมป้องกัน . อนามัยแม่และเด็ก ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลหนองพอก.
3. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). **The Action Research Planer (3rd ed.)**. Victoria : Deakin University.
4. สมชาติ โตรักษา. (2557). **เอกสารประกอบการเรียนรู้ การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย**. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. รัตนะ บัวสนธ์. (2552). **การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม การศึกษา**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์คำสมัย.

ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Effectiveness of Health Behavioral Modification Program on Diabetes risk Pho Chai District, Roi-Et

สมพิศ เกณฑ์สาकु*

Sompit Gansakoo

Corresponding author : Email : 69spks84@gmail.com

(Received : October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ประชากรเป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาในตำบลเชียงใหม่ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ดที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 95 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นคู่มือ สื่อการเรียนรู้ จัดประชุมกลุ่ม กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง เน้น 3Self 3 อ.เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired t-test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 82.1 อายุเฉลี่ย 50 ปี ประกอบอาชีพ ทำไร่/ทำนา ร้อยละ 90.0 สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 96.7 รายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 86.7 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 การรับรู้ความสามารถตนเอง เพิ่มขึ้น ($p=.010$) ส่วนการกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองลดลง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ก่อนการทดลอง เท่ากับ 69.06 และหลังการทดลอง เท่ากับ 66.42 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักหลังการทดลองลดลง ($p=.001$) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการทดลอง เท่ากับ 29.19 และหลังการทดลอง เท่ากับ 28.04 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) หลังการทดลองลดลง ($p=.001$) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง เท่ากับ 109.68 และหลังการทดลอง เท่ากับ 102.01 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักหลังการทดลองลดลง ($p=.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากข้อค้นพบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ควรมีมาตรการชุมชนหรือกติกาสังคมเข้ามากำกับหรือเป็นแนวทางปฏิบัติในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงจะยั่งยืน

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ; กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย

ABSTRACT

Purpose : To study the effectiveness of behavioral modification program on Diabetes risk Pho Chai District, Roi-Et

Design : Pre-experiment design

Materials and Methods : Populations were domiciled citizen in Chiang Mai sub-district, Pho Chai District. 95 of samples were purposive sampling from Roi-Et province. The instrument used in the experiment were a manual, learning media organize a group meeting, the behavioral risk behavior modification activities focus on 3Self 3 A. The data were collected by a questionnaire with a confidence value using Cronbach's alpha coefficient equal to 0.74. Data were analyzed using frequency, percentage, mean. Standard deviation and Paired t-test

Main findings : Majority of the samples were women, 82.1%, the average age were 50 years, engaged in farming/farming 90.0%, marital status 96.7%, the family income were fair, not left to collect, 86.7% of graduated from primary school. 73.3% of them perceived increased self-efficacy ($p=.010$). Self-care behavior after the experiment decreased, mean weight of sample was 69.06 before the experiment and 66.42 after the experiment. When the statistical difference were found, the weight after the experiment decreased ($p=.001$). The sample group had an average body mass index (BMI) before the experiment were 29.19 and after the experiment were 28.04. When testing for statistical differences, it were found that the average body mass index (BMI) after the experiment decreased ($p=.001$). The mean blood glucose level before the experiment were 109.68 and after the experiment were 102.01. When the statistical difference was found, the weight after the experiment decreased ($p=.001$).

Conclusion and recommendations : From the findings show that there should be community measures or community rules to be directed or as guidelines in the community by the participation of participants changing health behaviors will therefore be sustainable.

Keywords : Effectiveness ; Health Behavioral Modification Program ; Diabetes risk

บทนำ

ปัจจุบันนี้ แม้การแพทย์จะสามารถเอาชนะโรคร้ายต่างๆ มากมาย ทำให้ประชากรโลกรอดพ้นจากการเจ็บป่วยเหล่านั้นและมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่จำนวนคนที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเรียกรวมกันว่า เมตะบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) กลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ต้นเหตุของการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน คือการเพิ่มขึ้นของจำนวนคนอ้วน เพราะอุปนิสัยการกินอยู่ที่เปลี่ยนไป มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงในการใช้ชีวิตประจำวัน กินอาหารที่มีไขมันเพิ่มขึ้น ซึ่งไขมันที่สะสมอยู่ที่พุงเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้ระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือดเพิ่มสูงขึ้น เป็นตัวนำไปสู่การเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพและเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 22,780 คน (รายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม ณ 17 กุมภาพันธ์ 2559) พบว่ากลุ่มเสี่ยง จำนวน 1,450 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.37 กลุ่มเสี่ยงสูง 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.48 และผลการตรวจคัดกรองสุขภาพและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 23,002 คน (รายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม ณ 17 กุมภาพันธ์ 2559) พบว่ากลุ่มเสี่ยง จำนวน 972 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.23 กลุ่มเสี่ยงสูง 129 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.56 และความชุกของภาวะอ้วน (BMI \geq 25 กก/ม² และหรือภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม.) อำเภโประชัย ปี 2559 พบว่า คัดกรองประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 25,854 คน พบว่า ภาวะอ้วน 2,926 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.32¹

จากสถิติผู้ป่วยที่มีมารับการรักษาในโรงพยาบาลโประชัย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ โรคเบาหวานปี 2557 จำนวน 206 คน คิดเป็นอัตราป่วย 360 ต่อประชากรแสนคน และปี 2558 จำนวน 251 คน คิดเป็นอัตราป่วย 430 ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในการ

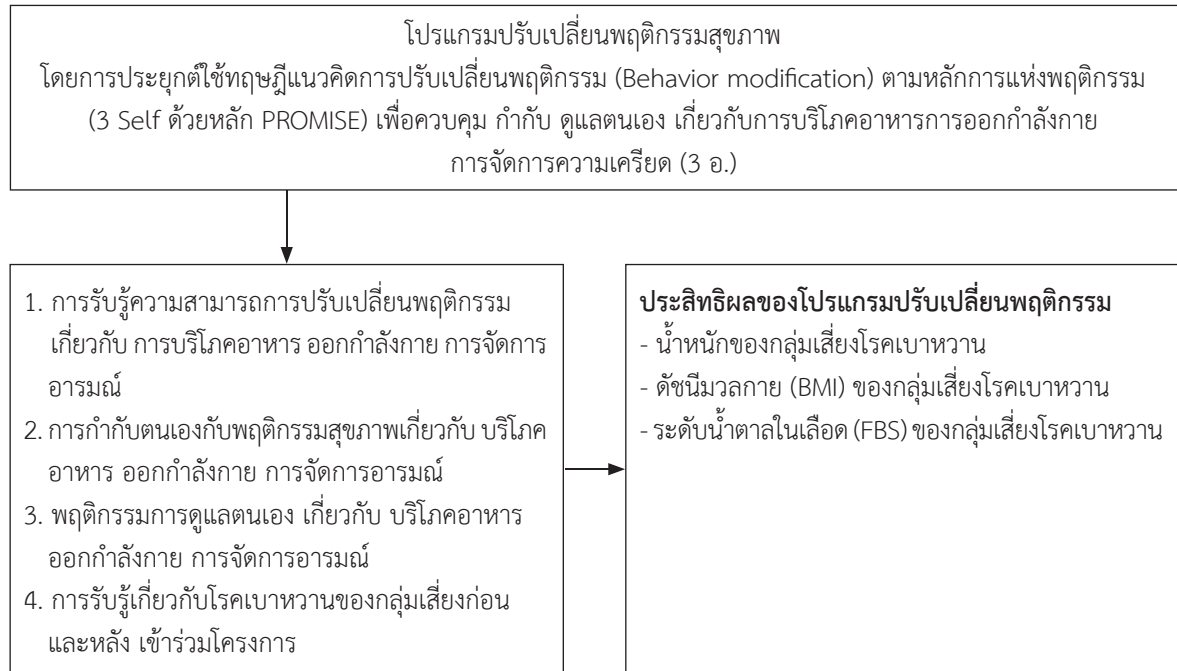
ลดการเกิดของโรคเบาหวาน จะต้องทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในสังคมทั้งหมดด้วยการรณรงค์เรื่องวิถีชีวิต ทำให้เกิดความตระหนักในอันตรายของอาหารที่ทำให้เกิดความอ้วน อันตรายของชีวิตที่กินๆ นอนๆ ไม่ขยับเขยื้อน ไม่ออกกำลังกาย การปล่อยปละละเลยไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะส่งผลให้โรคแทรกซ้อนเกิดเร็วขึ้น ดังนั้นแนวทางในการป้องกันปัญหาที่ดีที่สุดก็คือการป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพตั้งแต่ยังเป็นวัยรุ่นตลอดจนสร้างเสริมลักษณะนิสัยและพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เหมาะสม แนวทางการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพมีหลายแนวทาง เช่น แนวทาง 3อ (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ดี) การงดเหล้าเข้าพรรษา เป็นต้น แต่พบว่ายังไม่มีแนวทางชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร ทั้งนี้ยังคิรินทร์ อินทรกำแหง² ได้นำเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE เพื่อเป็นแนวทางให้บุคคลและหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและประชาชนทั่วไป ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ประกอบด้วย 1) Self Care การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง 2) Self Regulation การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 3) Self Efficacy การเชื่อในความสามารถของตนเอง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงได้ทำวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง รวมถึงประชาชนทั่วไป ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงพฤติกรรมของการเกิดโรค และสามารถรับผิดชอบต่อจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค ตลอดจนดำรงรักษาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิด



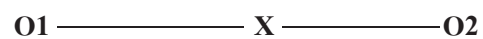
ภาพที่ 1

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment design) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (One group pre test-post test design) วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง ประชากรได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 95 คน ทุกคนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ตามหลักการแห่งพฤติกรรม (3 Self ด้วยหลัก PROMISE) ด้วยพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด (3อ.) เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

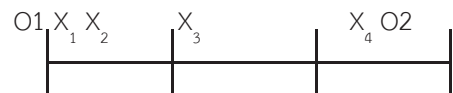
รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design)³



- O1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- X หมายถึง โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรม
- O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

แผนภูมิการทดลอง



สัปดาห์ที่ 1 8 12 24

O1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การจัดการความเครียด ข้อมูลลักษณะทางจิตเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลลักษณะทางสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (X_1 หมายถึง การจัดการกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ครั้งที่ 1 X_2 หมายถึง การจัดการกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ครั้งที่ 2 X_3 หมายถึง การจัดการกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ครั้งที่ 3 X_4 หมายถึง การจัดการกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ครั้งที่ 4)

O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ข้อมูลลักษณะทางจิตเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลลักษณะทางสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในตำบล เชียงใหม่ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ดที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คือ 1) เป็นผู้มีอายุ 35-59 ปี ที่มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 23/ม² 2) มีประวัติเสี่ยงทางพันธุกรรม 3) ตรวจไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ 4) มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 100-2125 มก./ดล. 5) สามารถรับรู้ รับฟังด้วยคำพูดและเสียงปกติ และสามารถอ่านออกเขียนได้ และ 6) ยินยอมร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ที่ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ

ตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป 2) ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น โรคหัวใจ โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการทดลอง และ 4) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 100-125 มก./ดล.จำนวน 95 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการกิจกรรม (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) ประกอบด้วยแผนการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยได้มีการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว หมายเลขข้อเสนอการวิจัย HE 2562-08-05-077 หมายเลขการรับรอง CODE 0772562

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.1 อายุเฉลี่ย 50 ปี ประกอบอาชีพ ทำไร่/ทำนา ร้อยละ 90.0 สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 96.7 รายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 86.7 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับรับรู้ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	ก่อน	หลัง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ต่ำ (<60 คะแนน)	3(3.2)	1(1.1)
ปานกลาง (60-80 คะแนน)	56(58.9)	55(57.9)
สูง (>80 คะแนน)	363(7.9)	39(41.1)
รวม	95(100.0)	95(100.0)

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 41.1 ระดับต่ำ ร้อยละ 7.9 หลังการทดลอง

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	ก่อน	หลัง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ต่ำ (<60 คะแนน)	67(70.5)	60(63.2)
ปานกลาง(60-80 คะแนน)	27(28.4)	32(33.7)
สูง(>80 คะแนน)	1(1.1)	3(3.2)
รวม	95(100.0)	95(100.0)

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการดูแลตนเอง ระดับต่ำ ร้อยละ 70.5 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.4 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการดูแลตนเอง ระดับต่ำ ร้อยละ 63.2 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 33.7

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละระดับการกำกับพฤติกรรมตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	ก่อน	หลัง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ต่ำ (<93คะแนน)	8(8.4)	7(7.4)
ปานกลาง (93-124 คะแนน)	62(65.3)	70(73.7)
สูง (>124 คะแนน)	25(26.3)	18(18.9)
รวม	95(100.0)	95(100.0)

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการกำกับพฤติกรรมตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการกำกับพฤติกรรมตนเอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 26.3 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการกำกับพฤติกรรมตนเอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.7 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 18.9

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร		M	SD.	t	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคฯ	ก่อนอบรม	16.46	2.93	3.486	.002*
	หลังอบรม	18.33			
การรับรู้ความสามารถตนเอง	ก่อนอบรม	14.13	2.836	2.767	.010*
	หลังอบรม	15.57			
การกำกับตนเอง	ก่อนอบรม	113.10	26.44	1.809	.081
	หลังอบรม	121.83			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนอบรม	45.96	6.139	.327	.746
	หลังอบรม	46.33			

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคฯ และการรับรู้ความสามารถตนเอง เพิ่มขึ้น ($p = .002, .010$) ตามลำดับ แต่การกำกับตนเอง และ

พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p = .080, .746$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยน้ำหนัก BMI น้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร		M	SD.	t	p
น้ำหนัก	ก่อนอบรม	69.06	2.076	6.956	.001*
	หลังอบรม	66.42			
BMI	ก่อนอบรม	29.19	.951	6.637	.001*
	หลังอบรม	28.04			
ระดับน้ำตาล	ก่อนอบรม	109.68	8.77	8.524	.001*
	หลังอบรม	102.01			

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักก่อนการทดลอง เท่ากับ 69.06 กิโลกรัม และหลังการทดลอง เท่ากับ 66.42 กิโลกรัม เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการทดลอง เท่ากับ 29.19 และหลังการทดลอง เท่ากับ 28.04 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาล

ในเลือด ก่อนการทดลอง เท่ากับ 109.68 และหลังการทดลอง เท่ากับ 102.01 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยของความระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีกระบวนการอบรมการประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ตามหลักการแห่ง

พฤติกรรม (3 Self ด้วยหลัก PROMISE) ด้วยพฤติกรรมกรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด (3อ.) เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน รายละเอียดดังนี้
อบรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 95 คน จัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 โดยมีเนื้อหา ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2 วัน สร้างสรรค์สุขภาพสร้างความรู้เพิ่มความตระหนัก สร้างแรงจูงใจ วางแผนการปรับเปลี่ยนเพิ่มการรับรู้ตาม 3self ตามหลัก PROMISE ประเมินภาวะสุขภาพก่อนการอบรม ครั้งที่ 2-4 ระยะเวลา 1 วัน ทบทวนความรู้ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง กระตุ้นเตือน ควบคุมกำกับตนเอง ประเมินภาวะสุขภาพ เดือนละ 1 ครั้ง วิทยากรโดยพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง จากโรงพยาบาลโพธิ์ชัย และโรงพยาบาลศรีสมเด็จ (วิทยากรลดน้ำหนัก) และมีการแจกเอกสารคู่มือการอบรม สาคิตอาหารที่รับประทานต่อหน่วยบริโภค บุคคลต้นแบบ

ผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคฯ การรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองหลังการทดลองไม่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับอังคินันท์ อินทรกำแหงและคณะ⁴ ผลการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) การดูแลตนเอง (Self-care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ การเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับประหยัดช่อไม้⁵ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรมการกำกับตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$) กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

แต่การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมกรมการกำกับตนเองลดลง อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากระยะเวลาในการจัดกิจกรรมค่อนข้างน้อยและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดความล้าใจและยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทันทีหลังจากทำกิจกรรมไปแล้ว

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง และคณะ⁴ พบว่า ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก มี ดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) น้ำตาลในเลือด (FBS) น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) เส้นรอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($p < .01$) ซึ่งนับได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีได้รับความกรุณาและช่วยเหลือจากผู้มีพระคุณหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย สาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่นที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมือคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง ที่ให้ความร่วมมือที่เป็นวิทยากรในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกท่าน ทีมงานเจ้าหน้าที่ที่ช่วยเก็บข้อมูล คณะวิทยากร พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะจากทุกท่าน ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามไว้ในนี้ได้ จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย. (2561) ; 21-25. รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2559. งานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด.
2. อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.

3. Ray, W.J., & Ravizza, R. (1988). **Methods toward a science of behavior and experience.** Belmont, Cl : Wadsworth Publishing Company.
4. อังคินันท์ อินทรกำแหง และคณะ. ผลการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์.** 16(2) : กรกฎาคม 2553 ; 96-112.
5. ประหยัด ช่อไม้. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ **วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์.** 10(1) : ม.ค.-มิ.ย. 2558.

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด Development of Quality for Intermediate Care by Participation of Atsamat Network Roi-Et Province

นักสภรณ์ เชิงสะอาด*

Napatsaporn Choeng sa-ard

Corresponding author : Email : napatsaporn@yahoo.com

(Received: October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 20 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26 คน และ Caregivers จำนวน 100 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2561-พฤษภาคม 2562 รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต บันทึก และการสนทนากลุ่ม ออกแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน โดยวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่จากข้อมูลการรับการรักษาในโรงพยาบาล วางแผนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย Service Plan 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล สร้างเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย ประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่ม Caregivers เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3) การสังเกต ในโรงพยาบาลสังเกตการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแล สังเกตความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย สังเกตความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนส่งกลับสู่ชุมชน ออกเยี่ยมบ้านติดตามสังเกตความก้าวหน้าในการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติโดยรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติในความต้องการการดูแลที่เหมาะสม รับฟังปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย ติดตามความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลปัญหาที่ต้องติดตาม ในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Golden Period ได้รับการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จากการดำเนินงานในปี 2562 (8 เดือน) พบว่า ร้อยละ 61.90 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 80.95 มีค่า Barthel Index เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.69 เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 6.35 เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง และร้อยละ 3.17 ผู้ป่วยเสียชีวิต เห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต้องใช้เวลาในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยตาม Golden Period ซึ่งต้องติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีความต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลปัญหาที่ต้องติดตามในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Golden Period และญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพ ; การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ; การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

ABSTRACT

Purpose : To study the development of quality for intermediate care by participation of Atsamat network, Roi-Et Province.

Design : Action research

Materials and Methods : The study participants included : 20 multidisciplinary personals from Atsamat hospital, 26 personals work in health promoting hospital and 100 caregivers. Data were collected by observation, record and focus group discussion during October 2018 to May 2019. Research design used PAOR process from Kemmis & McTaggart included 4 steps; 1) Plan: Analyzing situation of the patients treatment in hospital and plan operation to achieve objectives in service plan policy 2) Action : Establish guidelines for intermediate care, making tools for patient care, training caregivers and home visit by multidisciplinary team 3) Observe: In hospital, observe the participation of relatives or caregivers, progress of patient care, the readiness of patients and relatives before returning to community and home visit to observe rehabilitate progress and quality of life of patients 4) Reflect: Listen to the opinions of patients and relatives in appropriate care, listen to each patient's problem and follow progress of patients rehabilitation. Data were analyzed by content analysis.

Main findings : The development of quality for intermediate care by participation were suitable patient care guideline, patients receive standard care, continuous care in the community, forward information and issue in suitable time, according receive to golden period, allocated medical resources that suitable for the problem, relatives take care patients correctly and appropriately. From the operation in 2019 (8 months) found that 61.90% patients get better symptoms and perform daily activities by themselves, 89.95% Barthel Index increase, 12.69% with complications, 6.35% palliative care and 3.17% patient died. Can be seen patient care for intermediate care still in rehabilitation to golden period must be continuously monitored for another 6 months.

Conclusion and recommendations : Development of quality for intermediate care will result in the patients receiving continuous standardized care, forwarding the problem data to be followed in a timely manner. Patients are treated according to the golden period and relatives can take care of patients correctly.

Keywords : Quality Development ; Intermediate Care ; Participation of network

บทนำ

จากแนวคิดด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกตาม International Classification of Functioning, Disability and Health ซึ่งเริ่มแพร่หลายตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นมิได้เป็นผลโดยตรงจากโครงสร้างหรือความบกพร่องทางร่างกายเพียงอย่างเดียว หากยังเชื่อมโยงกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมและการกลับเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้นๆ จากมุมมองด้านสุขภาพดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดด้านบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ไม่ได้จำกัดเพียงการรักษาโรค หากแต่ยังรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูอีกด้วย¹

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีระยะการให้บริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อคงระดับความสามารถและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือเกิดจากการนอนโรงพยาบาลนาน เมื่อผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติจะเข้าสู่การให้บริการระยะฟื้นฟู ซึ่งเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการทำกิจกรรมให้สูงที่สุดเท่าที่ศักยภาพของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวย และหลังจากนั้นจะเป็นการฟื้นฟูในระยะยาวเพื่อคงระดับความสามารถไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้¹ จากการเก็บข้อมูลทางสถิติ รายงานการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) สูงเป็นอันดับหนึ่งในประชากรหญิงและเป็นอันดับสองในประชากรชาย²

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังมีไม่มากนัก จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวนรวม 25 แห่ง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 4,499 ราย พบว่าได้รับบริการฟื้นฟู 1,930 ราย คิดเป็นร้อยละ 43 ซึ่งมีทั้งการได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในประเทศไทยยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในปัจจุบันมักขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นหลัก รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐาน ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาใน

การเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ³

Intermediate Care เป็นระบบการดูแลที่มีความหมายกว้างมาก แต่เลือกพัฒนาในส่วนที่ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์เห็นเป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ การพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งหวังให้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วยโดยเป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับภายใต้การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในชุมชนและการเยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ³

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกลางเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่ซับซ้อนและมักจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในหลายมิติ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การกลืน การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน³ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระยะกลาง จำนวน 46 ราย⁴ ผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel Index น้อยกว่า 15 คะแนนซึ่งแสดงถึงความต้องการบริการฟื้นฟูจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.96 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าสู่การดูแลระยะกลาง มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 34.78 ผู้ป่วยเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 8.69 จากข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้าน⁴ จากสถานการณ์และข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ Service Plan สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจึงได้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระของสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁵ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาเป็นวงจรแบบต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) การดำเนินงานตามนโยบายของ Service Plan สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)³ 2) แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ^{5,6} ของ Kemmis & McTaggart⁶ เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ (Facilitator) ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การวางแผน (Plan) (2) การลงมือปฏิบัติ (Action) (3) การสังเกต (Observe) (4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) 3) แนวคิดการมีส่วนร่วม⁷ โดยเน้นการเรียนรู้อย่างอิสระร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาในบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ อาจสามารถ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 20 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26 คน และ Caregivers จำนวน 100 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2561-เดือนพฤษภาคม 2562

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอาจสามารถและถูกส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทั้งจำนวนการเข้ารับบริการ การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างที่ได้รับการดูแลในระยะกลาง แนวโน้มการดูแลที่ดีขึ้นจากการประเมินค่าคะแนน Barthel Index และสาเหตุการเสียชีวิต และศึกษาถึงแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย Service Plan สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)³

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะดำเนินการวิจัยได้แก่ การจัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน การประชุมหารือ อภิปรายกลุ่มเพื่อศึกษา

สภาพปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของ Service Plan มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ประกอบด้วย ขั้นตอน 1) ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ที่ร่วมดูแลซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ Refer back จากโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 46 ราย ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2561 เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติ 2) วางแผนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย Service Plan โดยศึกษารายละเอียดของการดำเนินงานและเกณฑ์ชี้วัดต่างๆ 3) ประชุมสหวิชาชีพในการออกแบบระบบบริการในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การร่วมดูแลผู้ป่วย และการประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วยลงไปในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วย ขั้นตอน 1) ประชุมร่วมจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้สอดคล้องกับบริบทของปัญหาผู้ป่วยในพื้นที่และบริบทของสหวิชาชีพที่มีในโรงพยาบาล 2) ประชุมร่วมจัดทำเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ได้มาตรฐานตาม Service Plan และร่วมกันปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 3) ใช้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยสหวิชาชีพและสื่อสารใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามสภาพปัญหา และในรายที่มีความซับซ้อนทำ Family Meeting และ 5) สื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemo Care⁸ 6) ประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่ม Caregivers เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) ประกอบด้วย ขั้นตอน 1) ในโรงพยาบาลสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลในการร่วมดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ 2) สังเกตความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและผลของการดูแล 3) สังเกตความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนส่งกลับสู่ชุมชน และ 4) ออกติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตความก้าวหน้าของการดูแลฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประกอบด้วย ขั้นตอน 1) รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยในความต้องการการดูแลที่เหมาะสม

ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง 2) รับฟังปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย 3) ติดตามความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และ 4) สรุปผลการดูแลผู้ป่วยโดยการสนทนากลุ่มและถอดบทเรียนในผู้ร่วมวิจัย

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย สรุปติดตามประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทั้งก่อนและหลังการพัฒนา ความรู้และทักษะ ผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์เพื่อสะท้อนเป็นวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามที่ Service Plan กำหนด³ ปรับปรุงโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทการให้บริการในโรงพยาบาล 2) โปรแกรม Nemo care⁸ และ 3) แบบประเมินในการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 หมายเลขใบรับรอง COE0902561

ผลการวิจัย

การพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 วงรอบของการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะกลางของเครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถมีการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่เพราะผู้ป่วยบางรายที่อยู่ในระยะกลางแต่ไม่ได้รับการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้วถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้วญาติพาผู้ป่วยกลับบ้านเลย

ไม่เข้ารับบริการฟื้นฟูในโรงพยาบาลอาจสามารถ ซึ่งไปพบผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อผ่านพ้นช่วง Golden Period แล้วจากการออกติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน จากการบอกเล่าของชาวบ้านข้างเคียงและ อสม. ซึ่งระบบการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการฟื้นฟูสภาพจากการเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระยะกลาง จำนวน 46 ราย⁴ ผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel Index น้อยกว่า 15 คะแนนซึ่งแสดงถึงความต้องการบริการฟื้นฟูจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.96 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าสู่การดูแลระยะกลาง มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 34.78 จากสาเหตุ มีแผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ และ ข้อติดข้อยึด ผู้ป่วยเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 8.69 และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยยังไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนดตามนโยบาย Service Plan ที่กำหนดให้เยี่ยมหลังจำหน่าย 3 เดือน 6 เดือน เนื่องจากภาระงานในการให้บริการในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะดำเนินการวิจัยได้แก่ การจัดทำกลุ่มระดมสมองในแต่ละขั้นตอน การประชุมหารือ อภิปรายกลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของ Service Plan มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ที่ร่วมดูแลซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ Refer back จากโรงพยาบาลแม่ข่ายในปี 2561 จำนวน 46 ราย ที่เข้ารับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องในโรงพยาบาลอาจสามารถ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.69 เพศหญิง ร้อยละ 41.31 มีช่วงอายุส่วนใหญ่ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.52 รองลงมาช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 21.74 ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 19.57 และช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 2.17 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งที่เป็น Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke ร้อยละ 95.65 รองลงมาเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ร้อยละ 4.35 ไม่พบผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็น

โรคหลอดเลือดสมองมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.82 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับ เบาหวาน ร้อยละ 25.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 6.82 และมีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับ เบาหวานร่วมกับโรคหัวใจ โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไต และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อเรื้อรัง ร้อยละ 18.18 สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง เกิดจากอุบัติเหตุจากรถมอเตอร์ไซด์ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคบาดเจ็บทางสมอง โดยมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาในเดือนตุลาคม 2561 จากการสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2) วางแผนการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย Service Plan โดยศึกษารายละเอียดของการดำเนิน และเกณฑ์ชี้วัดต่างๆร่วมกับสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย 3) ประชุมสหวิชาชีพในการออกแบบระบบบริการในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การร่วมดูแลผู้ป่วย และการประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วยลงไปในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) 1) ประชุมร่วมจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้สอดคล้องกับบริบทของปัญหาผู้ป่วยในพื้นที่และบริบทของสหวิชาชีพที่มีในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย มีการกำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จัดทำ Flowchart ในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยกำหนดให้ในเวลาาราชการงานผู้ป่วยนอกเป็นผู้ประสานรับกลับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการดูแลในโรงพยาบาล นอกเวลาราชการกำหนดให้งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นผู้รับประสานข้อมูลผู้ป่วย 2) ประชุมร่วมจัดทำเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ได้มาตรฐานของ Service Plan และร่วมกันปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยมีการปรับปรุง Care Protocol สร้าง Standing Order จัดทำแนวทางในการทำ Family Meeting 3) ใช้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยสหวิชาชีพและสื่อสารใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานกายภาพบำบัด งานโภชนาการ และงานแพทย์แผนไทย 4) ดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามสภาพปัญหาโดยประเมินความพร้อมสภาพผู้ป่วยและความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแล ประเมินความรู้ความเข้าใจและทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจากที่ได้รับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยการสอนสาธิตและทดลองปฏิบัติจนผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและได้รับการประเมินผลผ่าน สำหรับการสอนสาธิตคัดเลือกญาติหรือผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 2-3 คนต่อผู้ป่วย 1 รายเพื่อร่วมดูแลและผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยลดความเครียดและความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย และในรายที่มีความซับซ้อนทำ Family Meeting เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติและเป็นการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายให้มีความเหมาะสม 5) สื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Nemo Care⁸ เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบในการติดตามดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจำกัดการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง 6) ประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่ม Caregivers เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยการสร้างผู้ดูแลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอ จำนวน 100 คน ซึ่งมีการจัดประชุม 2 รุ่นๆ ละ 50 คน ขยายการร่วมดูแลในชุมชนทำให้ผู้ป่วยในชุมชนเข้าถึงบริการและได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) 1) ในโรงพยาบาลสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลในการร่วมดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ จากการวางแผนการดูแลร่วมกับญาติและผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ญาติให้ความสนใจ ตั้งใจในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการทำแผลเจาะท่อที่คอและแผลกดทับ กิจกรรมการให้อาหารทางสายยาง การเตรียมและทำอาหารที่ให้ทางสายยาง การทำความสะอาดอวัยวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวน ปัสสาวะ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูดเสมหะ การฝึกบริหารกล้ามเนื้อและการกระตุ้นการเคลื่อนไหว เป็นต้น 2) สังเกตความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยและผลของการดูแล มีการประเมินการปฏิบัติของญาติและผู้ดูแลทุกครั้งที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพ

ปัญหาของผู้ป่วย และนิเทศการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลให้กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล 3) สังเกตความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนส่งกลับสู่ชุมชนโดยมีการสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามความกังวลใจต่างๆ มีการประสานข้อมูลผู้ป่วยส่งสู่ชุมชนผ่านโปรแกรม Nemo Care และประสานกับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่โดยตรงเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นการดูแลแบบไร้รอยต่อ และ4) ติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตความก้าวหน้าของการดูแลฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ Caregivers

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

1) รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยในความต้องการการดูแลที่เหมาะสมตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง จากการรับฟังความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลและปฏิบัติเนื่องจากมีความพร้อมของเครื่องมือและบุคลากร แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนบางรายมีญาติหรือผู้ดูแลคนเดียวมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม แต่ได้รับความร่วมมือจาก Caregivers ในพื้นที่ร่วมดูแลช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยได้เหมาะสม แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ในบางรายเนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทางเครือข่ายได้ประสานความร่วมมือในการดูแลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ในการร่วมดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วย 2) ติดตามความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้านในช่วง Golden Period ทุก 3 เดือน 6 เดือน ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายในพื้นที่เพื่อคุณภาพในการดูแล 3) สรุปผลการดูแลผู้ป่วยโดยการสนทนากลุ่มและถอดบทเรียนในผู้ร่วมวิจัย ในกลุ่มสหวิชาชีพ พบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยมีการทำงานร่วมกันในเครือข่ายส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เกิดผลดีกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมเนื่องจากมีผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เข้าถึงง่ายได้รับการดูแลต่อเนื่อง เกิดผลดีกับญาติทำให้ญาติลดความกังวล มีผู้ร่วมรับผิดชอบผู้ป่วยที่บ้านมีกำลังใจในการกระตุ้นฟื้นฟูผู้ป่วยเนื่องจากไม่รู้สึกลัวถูกทอดทิ้ง ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นเครือข่ายทำให้ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ได้รับทราบข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้องจากการใช้โปรแกรม Nemo Care เพราะเป็นการส่งข้อมูลเป็นปัจจุบันทันเวลาเหมาะสม ได้รับการสื่อสารข้อมูลเชิงลึกในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างมากในการร่วมดูแล มีการเชื่อมโยงการดูแลกันโดยไร้รอยต่อเหมือนทำงานอยู่ที่เดียวกัน สำหรับญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ดีและเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพ เพื่อจะได้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติไม่เป็นภาระของตนและสังคมต่อไป ในกลุ่ม Caregivers พบว่ามีความสุขและภาคภูมิใจที่ได้ร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชนซึ่งเปรียบเสมือนเป็นญาติตัวเอง ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่เพราะได้รับความรู้ ได้ฝึกอบรมการปฏิบัติการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในชุมชนให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบ กรณีที่ผู้ป่วยรักษาจากที่อื่นและกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพในระยะ Golden Period ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย สรุปติดตามประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในปี 2562 (8 เดือน) ที่ดำเนินการพัฒนาพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลฟื้นฟู จำนวน 63 ราย มีการดูแลเป็นประเภทผู้ป่วยนอก จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.68 ดูแลเป็นประเภทผู้ป่วยใน จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.32 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.90 เพศหญิง ร้อยละ 38.10 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.32 รองลงมาช่วงอายุ 51-60 ปี และ อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 14.29 ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 7.93 และช่วงอายุ 11-20 ปี ร้อยละ 3.17 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งที่เป็น Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke ร้อยละ 92.06 รองลงมาเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ร้อยละ 7.94 ไม่พบผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.34 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 22.41 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 18.97 โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.17 และมีโรคประจำ

ตัวอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคลมชัก โรคโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไต และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อราเรื้อรัง ร้อยละ 18.97 สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง เกิดจากอุบัติเหตุจากรถมอเตอร์ไซด์ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 และตกจากที่สูง 1 รายคิดเป็นร้อยละ 20.00 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคบาดเจ็บทางสมอง ผลของการดูแลฟื้นฟู พบว่าร้อยละ 61.90 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 80.95 มีค่า Barthel Index เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.69 เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 6.35 เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง และร้อยละ 3.17 ผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อาจอาจสามารถ พบว่าข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น มีการให้การดูแลฟื้นฟูทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตลอดจนการดูแลติดตามฟื้นฟูในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม เข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพได้มากขึ้นซึ่งต้องมีการติดตามดูแลต่อเนื่องให้ครบตามระยะเวลาของ Golden Period ต้องติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผู้ร่วมวิจัยสามารถให้การดูแลได้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย Service Plan และในปี 2562 โรงพยาบาลอาจสามารถมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้นเป็น Intermediate Bed 2 เดียง ปรับเป็น Intermediate Bed 4 เดียงเพื่อรองรับผู้ป่วยให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสมเพียงพอ ซึ่งผลของการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ให้ได้คุณภาพเป็นการสะท้อนวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีประเด็นวิจารณ์ผลดังนี้ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอาจอาจสามารถ ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลโดยจัดทำ Flow chart การเข้ารับการดูแลฟื้นฟูในโรงพยาบาลทั้งแบบประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับ Service Plan³ และมาตรฐานการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคมในหอผู้ป่วยอายุรกรรม⁹ ซึ่งมีการพัฒนาแบบบันทึก มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพิ่มขึ้น สามารถตรวจสอบใช้ในการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี¹⁰ ผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ ความมั่นใจ และเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจน สำหรับการส่งต่อข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่องทันเวลามีความเหมาะสม โดยการใช้โปรแกรม Nemo Care ซึ่งเป็นโปรแกรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงทั้งจังหวัดร้อยเอ็ด มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเท่านั้น เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในกระบวนการดูแลรักษาที่เหมาะสมและเป็นการดูแลรักษาแบบไร้รอยต่อ ลดขั้นตอนในการประสานงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ¹¹ ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งสหสาขาวิชาชีพและภาคประชาชนมีการรับรู้ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายและกลยุทธ์การจัดการดูแลแบบไร้รอยต่อที่เป็นรูปธรรม 2) การมีส่วนร่วมของทีมดูแลในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง 3) การสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายโรคหัวใจทุกระดับ 4) ผู้จัดการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว¹² ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อช่วยให้เกิด

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับมากที่สุด และผู้ให้บริการอยู่ในระดับ สรุพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการเกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Golden Period ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการฟื้นฟูระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล¹ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการเร่งด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี¹³ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบบริการเร่งด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) ทีมบุคลากรที่ดูแลด้วยการจัดการรายกรณี 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเอกสารแผ่นพับ รูปจำลอง และวีดิทัศน์ในการดูแลตนเองแก่ผู้ใช้บริการ และ 3) ระบบการนิเทศ ควบคุม กำกับ การปฏิบัติตามรูปแบบ และในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต้องมีการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา สอดคล้องกับแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน¹ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสนับสนุน การปรับบ้าน การขนส่ง เบี้ยยังชีพ ผู้ดูแล หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ โดยโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ประสานงาน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้มีการจัดทำใน 1 วงรอบของการพัฒนาวางแผนพัฒนาและปรับปรุงในวงรอบ PAOR ต่อไปในปีงบประมาณ 2563 เพื่อติดตามประเมินผลลัพท์เป็นระยะเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่ายอำเภออาจสามารถให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ในทางบวก

กับผู้ป่วยและญาติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระของสังคมโดยความร่วมมือของเครือข่ายในการร่วมดูแลแบบไร้รอยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub acute Rehabilitation) พ.ศ. 2558-2559 สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2559). การพัฒนางาน การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub acute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์.
3. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). สมุทรสาคร : บริษัทบอร์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.
4. คณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC). (2561). แบบรายงานผลการดำเนินงาน Intermediate Care โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด : งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอาจสามารถ.
5. วีระยุทธ ชาติตระการ. วิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 1(2) : 2558 ; 29-49.
6. Kemmis, Stephen and McTaggart, Robin. (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Geelong, Victoria, Australia : Deakin University.

7. เสริมศักดิ์ ยิ้มน้อย. (2558). **การมีส่วนร่วม**. [ออนไลน์] ได้จาก : <http://coopthai9.blogspot.com/>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2562]
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2562). **สสจ. ร้อยเอ็ด พัฒนาการใช้โปรแกรม Nemo Care เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย**. [ออนไลน์] ได้จาก: http://203.157.184.6/news_info/view.php?id=4023. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2562]
9. สิริินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ และคณะ. **การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคมในหอผู้ป่วยอายุรกรรม**. สงขลานครินทร์เวชสาร. 25(1) : 2550 ; 9-17.
10. ศจีมาศ อุณหะจรรย์รักษ์, สีนินาฏ ทิพย์มุสิก และเฉลิมวรรณ ปิ่นแก้ว. **การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพเครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี**. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 21(3) : 2555 ; 1-10.
11. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. **ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ**. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**. 25(2) : 2560 ; 154-167.
12. ดารณี เทียมเพ็ชร และคณะ. **การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมืองจังหวัดสระแก้ว**. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 25(3) : 2559 ; 156-169..
13. ประหยัด พึ่งทิม และคณะ. **การพัฒนารูปแบบบริการเร่งด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสระบุรี**. **วารสารกองการพยาบาล**. 41(3) : 2557 ; 6-25.

**ผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับญาติผู้ป่วยที่รอตรวจ
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด**
**The effect of Emergency severity communication box for patient relatives
at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province.**

มนิรัตน์ แข็งแรง วิลไพร อมะมุล และปฏิวัติ โอชะพนม *

Maneerat Khang, Vilaiporn Amamoon, and Patirat Okapanom

Corresponding author: Email: kotabaw@gmail.com

(Received : October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับญาติผู้ป่วยที่นั่งรอตรวจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Qua-si experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่นั่งรอตรวจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 200 คน ที่ได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองโดยเทียบกับอัตราส่วนผู้มารับบริการให้ครบทั้ง 5 ประเภท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง และแบบประเมินผลของนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Chi-square test

ผลการวิจัย : การรับรู้และความเข้าใจต่อการจัดระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอยการตรวจรักษาของญาติผู้ป่วยก่อนและหลังใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงมีความแตกต่างกัน ($p < .01$) ส่วนกลุ่มอาการเจ็บป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจต่อการจัดระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอยการตรวจรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

คำสำคัญ : กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ; อาการฉุกเฉินระดับความรุนแรง; ญาติผู้ป่วย

* งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์

ABSTRACT

Purpose : To study the effect of emergency severity communication box for patient relatives at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province.

Design : Qua-si experiment Research

Material and Methods : Samples were patient relatives at emergency department of Pathumrat hospital Roi-Et province, non-blind and ears, and can communicate with 200 person, which have been selected for a specific sample, then randomly join the experimental group, compared to the five different types of service. Sets of tools were emergency severity communication box and general information and effect of innovation of emergency severity communication box. The instruments tested for content validity by 3 experts. Data analysis by frequency distribution, percentage and Chi-square test.

Main findings : The perception and understanding in the classification of severity and waiting time, patient relatives retention period before and after using the emergency severity communication box, there is statistically significant difference at level .01 , level for the group of illnesses there is no difference.

Conclusion and recommendations : Emergency severity communication box for patient relatives result to relatives to increase perception and understanding of severity level and the waiting time for treatment, which relevant departments should be used in emergency work.

Keywords : Emergency severity communication box ; Emergency severity level ; Patient relatives

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันเวลาที่แล้วอาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งอาจทำให้เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและเกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นลง¹ โดยในปัจจุบันสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการคัดกรอง (Triage) เพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม

เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจ และลดการร้องเรียน²

โรงพยาบาลปทุมรัตน์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่และอำเภอใกล้เคียง มีบุคลากรทั้งสิ้น 140 คน โดยมีประชากรที่รับผิดชอบ 53,757 คน ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 200 รายต่อวัน ผู้รับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ย 85 รายต่อวัน โดยเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 16.64 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ร้อยละ 73.16 การจัดทำมาตรฐานการบริการผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) รอบที่ 3 โดยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ใช้กระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) ใช้แนวทางปฏิบัติตามคู่มือคัดกรองสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage) มีการแบ่งอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ และให้การรักษาพยาบาลตามความเร่งด่วนอย่าง

มีคุณภาพ¹ แต่จากรายงานความเสี่ยง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2561 พบว่า มีข้อร้องเรียน เรื่อง ระยะเวลารอคอย จำนวน 8, 10 และ 18 ครั้ง ตามลำดับ รวมทั้งไม่พึงพอใจ ในการให้บริการ จำนวน 3, 5 และ 10 ตามลำดับ³ เมื่อสืบค้นสาเหตุ พบว่า การรับรู้ภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ ไม่สอดคล้องกับการคัดกรองอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ถึงแม้มีการให้ความรู้โดยติดบอร์ดหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการกับระยะเวลาในการรอตรวจ แต่ก็ยังมีอุบัติการณ์ ร้องเรียน และเหตุการณ์ร้องไวยวายเป็นดั่งของผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน ระดับ 3 หรือ 4 เกี่ยวกับการรอตรวจนาน อีกทั้งความคาดหวังของผู้รับบริการจะได้รับบริการอย่างรวดเร็วและได้รับการแก้ไขภาวะเจ็บป่วย ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาความไม่พึงพอใจและการร้องเรียนดังกล่าว เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าการรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญมาก แต่การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้มารับบริการงานในขณะนี้ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วย จึงเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาปรับปรุงต่อไป⁴

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อหรือนวัตกรรมในการส่งเสริมการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ พบว่า มีการพัฒนานวัตกรรมหรือวิธีการสื่อสารต่าง ๆ เช่น การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านช่องทาง SMS (Short Message Service) ด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของเด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องโภชนาการเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาเรื่องโภชนาการเกินของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ การใช้รูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้⁶ และการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสามารถส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติได้มากกว่ากลุ่มที่ให้

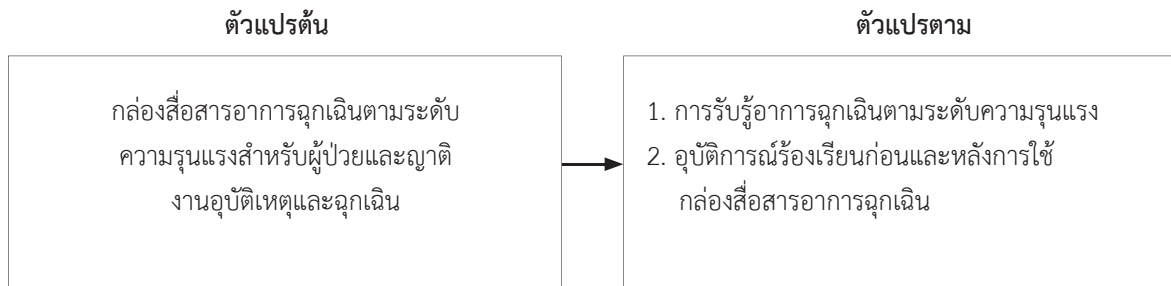
ความรู้ตามบอร์ดประชาสัมพันธ์⁷ ดังนั้น ทีมวิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติ ให้สอดคล้องกับการคัดกรองอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่มความปลอดภัยและลดข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลปทุมรัตน์เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับญาติผู้ป่วยและ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง และอุบัติการณ์ร้องเรียนก่อนและหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning) ในการสร้างและพัฒนากล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตามกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งใจผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลปทุมรัตน์ เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับฟังข้อมูลผ่านกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ มีผลทำให้เกิดความสนใจในการรับรู้ข้อมูลมีการคิดวิเคราะห์สิ่งเร้าและเกิดการรับรู้ โดยกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง สำหรับผู้ป่วยและญาติมีเนื้อหาครอบคลุมอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงและระยะเวลารอคอยการรับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าว ส่งผลตอบสนองต่อพฤติกรรมมารับบริการที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติที่ไม่มีการใช้สื่อผ่านกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ



ภาพที่ 1

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One Group Pretest - Post-test Design

กลุ่มประชากร ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index :ESI) 5 ระดับ²

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI) 5 ระดับ² จำนวนขนาดตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ยต่อเดือนในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 1,390 คน ใช้เกณฑ์ค่าร้อยละ 15 ของประชากร 8 เท่ากับ 200 คน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ให้ครบทั้ง 5 ประเภท

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลปทุมรัตน์
2. ไม่เป็นผู้พิการทางตาและหู และสามารถสื่อสารถามตอบได้
3. สัมผัสใจเข้าร่วม

ขั้นตอนการวิจัย หลังผ่านการพิจารณา การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (หมายเลขใบรับรอง COE 0542562) โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้เสนอผู้บริหารและจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ทบทวนข้อมูลเกี่ยวข้องในช่วงก่อนทดลอง เช่น อุบัติการณ์ร้องเรียน และศึกษาวรรณกรรม ทฤษฎี รวมทั้งนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินและแนวความคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ นำเสนอนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติแก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ออกแบบและจัดทำนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ วิสตุอุปกรณ์ในการจัดทำนวัตกรรม ประกอบด้วยแผ่นออกสติก หนา 5 มิลลิเมตร ขนาด 3 x 3 ฟุตสำหรับทำกล่องบรรจุเครื่องเล่นเทป จำนวน 1 แผ่น กระดาษสติ๊กเกอร์สีแดง ชมพู เหลือง เขียวและขาว สีละ 1 แผ่น เมมโมรี่การ์ดสำหรับบันทึกเสียง 5 อัน และลำโพงขนาดเล็ก จำนวน 5 ตัว ติดตั้งนวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับญาติผู้ป่วยที่บอร์ดด้านหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปทุมรัตน์จำนวน 10 คน แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมจัดทำคู่มือการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน ชี้แจงขั้นตอนการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจตรงกันรวมทั้งศึกษาตามคู่มือการใช้และวิธีใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงเพื่อเก็บข้อมูลเมื่อมีญาติผู้ป่วยมารอที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการฉุกเฉินของญาติที่มารับบริการในครั้งนี้ จากนั้นแนะนำให้กดปุ่มเปิดรับฟังข้อความจากกล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงตามสีที่ญาติผู้ป่วยประเมินรวมทั้งกล่องสีอื่นๆ ที่สนใจ หลังจากนั้นให้ทำแบบประเมินอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล ประเมินผลการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำมาวิเคราะห์แล้วสรุปผลการทดลอง เผยแพร่ยังหน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล และ ตรวจเช็คกล่องรับเรื่องร้องเรียนทุกวัน ว่า มีข้อร้องเรียนหรือไม่ อย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยมีลักษณะเป็นกล่องสี่เหลี่ยม ประกอบไปด้วยเครื่องเสียง 5 สี 5 ปุ่มเปิดปิด เมื่อเปิดปุ่มสีใดๆ จะมีเสียงอธิบายถึงอาการฉุกเฉินตามสีและระดับความรุนแรงนั้นๆ สองภาษาคือภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ภาษาอังกฤษ) ได้แก่

1.1 สีแดง อาการฉุกเฉินระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ได้แก่ ไม่รู้สึกตัว หายใจหอบเหนื่อย หัวใจหยุดเต้น หายใจลึก/หอบเหนื่อยขณะกำลังซัก ภาวะช็อก บาดเจ็บที่ศีรษะและกระดูกคอรุนแรง ควรได้รับการตรวจทันที

1.2 สีชมพู อาการฉุกเฉินระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก มีภาวะที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ซึมเรียกไม่รู้สีกตัว หายใจลำบากมาก เจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับซีดเหลือง แดงตัวเย็น ได้รับสารพิษเกินขนาด บาดเจ็บศีรษะรุนแรง บาดเจ็บรุนแรงมีการหักของกระดูกใหญ่ เช่น กระดูกอุ้งเชิงกราน การหักผิดรูปของกระดูกแบบมีแผลเปิด บาดเจ็บดวงตามีการสูญเสียการมองเห็นเฉียบพลัน เจ็บครรภ์จริงใกล้คลอด ปวดท้องน้อยเฉียบพลันและเลือดออกทางช่องคลอดในหญิงตั้งครรภ์ มีอาการทางจิตคลุ้มคลั่งทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ควรได้รับการตรวจภายใน 10 นาที

1.3 สีเหลือง อาการฉุกเฉิน ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ หายใจลำบากเล็กน้อย เจ็บอกหลังการออกกำลังกาย บาดเจ็บศีรษะรู้สึกตัวแต่มีประวัติสลบผู้ป่วยหลังซักที่รู้สึกตัวดี อาเจียน/ถ่ายเหลว จำนวนมากติดต่อกันร่วมกับมีภาวะขาดน้ำการหักผิดรูปของกระดูกแขนขาแบบไม่มีแผลเปิด บาดแผลฉีกขาด การตกเลือดที่มีอาการคงที่ ควรได้รับการตรวจภายใน 30 นาที

1.4 สีเขียว อาการฉุกเฉินระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ อาการกลืนลำบากสำลักสิ่งแปลกปลอม

แต่มีอาการหายใจปกติ บาดเจ็บศีรษะรู้สึกตัวดีไม่มีประวัติสลบ ถูกแมลง/สัตว์กัด บาดแผลฉีกขาดไม่รุนแรง บาดเจ็บทรวงอก แต่การหายใจปกติสิ่งแปลกปลอมเข้าตาแต่การมองเห็นปกติ อุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมง ควรได้รับการตรวจภายใน 1 ชั่วโมง

1.5 สีขาว อาการฉุกเฉิน ระดับ 5 หมายถึง การเจ็บป่วยทั่วไปที่มีอาการเล็กน้อย/อาการคงที่ ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรังมาตรวจตามนัด แผลฉีกขาดที่ไม่จำเป็นต้องเย็บ รอยถลอก ฟกช้ำ ผู้ป่วยนัดทำแผล ฉีดวัคซีน อุบัติเหตุมากกว่า 24 ชั่วโมงควรได้รับการตรวจภายใน 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง พัฒนาจากแบบสอบถามผลการใช้สื่อการเรียนรูด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อการเรียนรูด้วยตนเอง⁶ เป็นลักษณะคำถามแบบปรนัย จำนวน 2 ข้อ วัตถุประสงค์ก่อน และหลังใช้นวัตกรรม และข้อเสนอแนะต่อนวัตกรรม

2.2. แบบบันทึกอุบัติการณ์ร้องเรียน ประกอบด้วย แบบบันทึกความต้องการและข้อเสนอแนะ รวมทั้งเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ SPSS ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 5 สิงหาคม 2562 หมายเลขใบรับรอง COE0542562

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 43.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 50.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.0 เกือบทุกคนมีประสบการณ์มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 99.5 และใช้สิทธิ์บัตรทอง ร้อยละ 48.5

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยประเภทที่ 1 (สีแดง) 2 (สีส้ม) และ 5 (สีขาว) มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีความถูกต้องและสอดคล้องทั้งหมดสำหรับญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 (สีเหลือง) และ 4 (สีเขียว) มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยระยะช่วงก่อนใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านกลุ่มอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 93.6 มีการรับรู้และความเข้าใจผิดมากที่สุดในด้านระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 4

มีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยร้อยละ 50.0 มีการรับรู้และความเข้าใจผิดมากที่สุดในด้านระยะเวลาการคอยร้อยละ 82.9 สำหรับหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีการรับรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องด้านอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง และระยะเวลาการคอย ร้อยละ 98.2, 98.1 และ 90.5 ตามลำดับ และกลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 4 มีการรับรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องด้านอาการเจ็บป่วยระดับความรุนแรงและระยะเวลาการคอย ร้อยละ 98.6, 92.4 และ 78.6 ตามลำดับ

ระยะช่วงก่อนใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 72.0 และการรับรู้และความเข้าใจผิดมากที่สุดในด้านระยะเวลาการคอยการได้รับการดูแลรักษาพยาบาล สำหรับหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคนมีการรับรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องด้านอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง และระยะเวลาการคอย ร้อยละ 99.0, 96.0 และ 88.0 ตามลำดับ สำหรับการเปรียบเทียบการรับรู้และความเข้าใจด้านระดับความรุนแรง และระยะเวลาการคอย ระหว่างก่อนและหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉินมีความแตกต่างกัน ($p > 0.01$) ส่วนด้านกลุ่มอาการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ($p=0.077$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการรับรู้และความเข้าใจด้านกลุ่มอาการเจ็บป่วยระดับความรุนแรงและระยะเวลาการคอยระหว่างก่อนและหลังการใช้กล่องสื่อสารอาการฉุกเฉิน

การรับรู้และความเข้าใจ	ก่อนทดลอง n(%)	หลังทดลอง n(%)	p
กลุ่มอาการเจ็บป่วย			.077
- ตอบถูก	144 (72.0)	198 (99.0)	
- ตอบผิด	56 (28.0)	2 (1.0)	
ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย			.007**
- ตอบถูก	99 (49.5)	192 (96.0)	
- ตอบผิด	101 (50.5)	8 (4.0)	
ระยะเวลาการรอคอย			.001**
- ตอบถูก	65 (32.5)	176 (88.0)	
- ตอบผิด	135 (67.5)	24 (12.0)	

**p > .01

ภายหลังการนำกล้องส่องสสารอาหารฉุกเฉินมาใช้ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2562 เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรม การให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง (ผู้ป่วยไม่รอตรวจ)

วิจารณ์

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีประเด็นวิจารณ์ผลดังนี้ ผลของการใช้กล้องส่องสสารอาหารฉุกเฉินตามระดับ ความรุนแรงสำหรับญาติผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ป่วยประเภทที่ 1 ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ญาติผู้ป่วย ประเภทที่ 2 ฉุกเฉินกึ่งวิกฤต (สีชมพู) และญาติ ผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (สีขาว) มีการรับรู้และความ เข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วยระดับความรุนแรงการ เจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยการได้รับการรักษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีความถูกต้องและ สอดคล้องทั้งหมดเนื่องจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยประเภทที่ 1, 2 และ 5 มีการแสดงออกทางกายที่ชัดเจน ได้รับการรักษาพยาบาลภายในเวลาตามมาตรฐานผู้ป่วย และญาติได้รับการตอบสนองการรักษาพยาบาลภายในเวลา ตามมาตรฐานร้อยละ 100³ สำหรับญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 ฉุกเฉินมาก (สีเหลือง) และญาติผู้ป่วยผู้ป่วยประเภทที่ 4 ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (สีเขียว) มีการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย และ ระยะเวลารอคอยการได้รับการรักษาพยาบาลระหว่างก่อน และหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยระยะช่วงก่อนใช้กล้อง ส่องสสารอาหารฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 มีการรับรู้และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านกลุ่ม อาการเจ็บป่วย ร้อยละ 93.6 มีการรับรู้และความเข้าใจผิด มากที่สุดในด้านระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย โดยเข้าใจ ว่าระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าระดับการ คัดกรองที่ถูกต้อง กลุ่มญาติผู้ป่วยประเภทที่ 4 มีการรับรู้ และความเข้าใจได้ถูกต้องมากที่สุดในด้านระดับความรุนแรง การเจ็บป่วย ร้อยละ 50.0 มีการรับรู้และความเข้าใจผิดมาก ที่สุดในด้านระยะเวลารอคอย ร้อยละ 82.9 ทั้งนี้เนื่องจาก ในระยะก่อนทดลองญาติผู้ป่วยมีความคาดหวังและการรับ

รู้อาการฉุกเฉินที่ไม่สอดคล้องกันกับเกณฑ์ของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตรประไพ สุรชิต⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีการรับรู้บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน แตกต่างกัน โดยญาติผู้ป่วยจะมีการรับรู้บริการการแพทย์ ฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วย อีกทั้งผู้รับบริการเป็นคนในพื้นที่ซึ่ง เคยชินกับการได้รับบริการที่โรงพยาบาลภายใน 20 นาที³ สำหรับหลังการใช้กล้องส่องสสารอาหารฉุกเฉิน พบว่า กลุ่ม ญาติผู้ป่วยประเภทที่ 3 และ 4 มีการรับรู้และความเข้าใจ อย่างถูกต้องด้านอาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง และ ระยะเวลารอคอยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกฤษฎา แดงสุวรรณ และคณะ⁴ พบว่า ญาติผู้มารับบริการรับรู้ข้อมูลโดยรวมอยู่ ในระดับปานกลางและการรับรู้ข้อมูลของญาติระยะเมื่อมา ถึงและระยะก่อนจำหน่ายจากตึกอุบัติเหตุกรณีนอนโรง พยาบาลอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ข้อมูลขณะเข้ารับการ รักษาพยาบาลและจำหน่ายกลับบ้านอยู่ในระดับปานกลาง และการเรียนสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ใน ระดับดีมากและมีคะแนนการเรียนสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการเรียนรู้โดยอยู่ในระดับดี⁶

การเปรียบเทียบการรับรู้และความเข้าใจด้านกลุ่ม อาการเจ็บป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้กล้องส่องสสาร อาหารฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อาการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจ อยู่ก่อนแล้ว สำหรับผู้ป่วยที่เคยมีประวัติฉุกเฉินมาก่อนและ กลุ่มอาการค่อนข้างชัดเจนสามารถสังเกตได้จากการบอก เล่าของผู้ป่วยหรือการสังเกตของญาติ สำหรับการรับรู้และ ความเข้าใจด้านระดับความรุนแรง และระยะเวลารอคอย หลังการใช้กล้องส่องสสารอาหารฉุกเฉิน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการออกแบบของกล้อง ส่องสสารอาหารฉุกเฉิน เป็นกล้องสีเหลี่ยม ประกอบไปด้วย เครื่องเสียง 5 เครื่อง 5 สี ได้แก่ สีแดง สีชมพู สีเหลือง สีเขียว และสีขาว มีปุ่มเปิดปิด 5 ปุ่ม เมื่อกดเปิดปุ่มสีแดง จะมีเสียงอธิบายถึงอาการฉุกเฉินตามสี ระดับความรุนแรง และระยะเวลารอคอยการรับการรักษาพยาบาลสองภาษา คือภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ภาษาอังกฤษ) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตาม กระบวนการเรียนรู้ที่จูงใจผู้เรียน โดยสิ่งเร้านี้จะกระตุ้นผ่าน อวัยวะรับสัมผัสทางตาและหูของญาติผู้ป่วย ส่งผลให้เกิด

ความสนใจในการรับรู้ข้อมูล มีการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์
สิ่งเร้าและเกิดการเรียนรู้ตามมา¹⁰ ผลการศึกษาครั้งนี้
สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกราช ดีเลิศ, พรพรรณ
ประจักษ์เนตร⁵ พบว่า การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านช่อง
ทาง SMS (Short Message Service) ด้านความรู้ ทัศนคติ
และการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของเด็กวัยประถมศึกษา
ตอนปลาย มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องโภชนาการเพิ่ม
มากขึ้น อีกทั้งเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาเรื่อง
โภชนาการเกินของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภายหลังการนำร่องสื่อสารอาการฉุกเฉินมาใช้
พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรม
การให้บริการและหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง
(ผู้ป่วยไม่รอตรวจ) เป็นผู้ป่วยประเภทที่ 4 สีเขียว สามารถ
รอได้ภายใน 1 ชั่วโมง จากการทบทวนของหน่วยงาน¹²
พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับบริการนอกเวลาราชการโดย
จะมาในช่วงที่ผู้ป่วยรอตรวจไม่มารับการตรวจรักษาจาก
พยาบาลเวรไม่ต้องรอนาน เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการ
เจ้าหน้าที่จะให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินก่อน จึงไม่อยู่รอตรวจ

สรุป

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า นวัตกรรมกล่องสื่อสารอาการ
ฉุกเฉินมีความเหมาะสมในการใช้สื่อสารอาการฉุกเฉินแก่ผู้
ป่วยและญาติ สามารถสร้างการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง
และสอดคล้องเกี่ยวกับอาการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง
และระยะเวลาการคอยการตรวจรักษา จึงควรใช้กล่องสื่อสาร
อาการฉุกเฉินเพื่อเป็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้ป่วย
และญาติ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดเหตุการณ์
ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและญาติต่อกิจกรรมการให้บริการ
และหรือพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาและเผยแพร่การจัดทำนวัตกรรมไปใช้งานอื่นๆ
ของโรงพยาบาล เช่น งานคลินิกพิเศษ งานผู้ป่วยใน และใน
เครือข่ายการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เขตอำเภอปทุมรัตต์ และนวัตกรรมมีข้อจำกัดคือเครื่องเสียง
มีอายุการใช้งานประมาณ 3-6 เดือน ปุ่มที่ใช้กดเปิดปิดข่ารด
หน่วยงานที่สนใจสามารถเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องเสียงที่มี
คุณภาพมากขึ้นได้ตามงบประมาณ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตต์
ทีมอาจารย์ที่ปรึกษาจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัย รวมทั้ง
กลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน, สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
แห่งชาติ. (2561). **รวมกฎหมายข้อบังคับระเบียบ
ประกาศคำสั่งและหนังสือเวียนที่เกี่ยวข้องกับระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน**. สมุทรปราการ: ศรีบูรณะคอมพิวเตอร์
การพิมพ์.
2. สำนักวิชาการแพทย์, กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข. (2561). **MOPH ED. Triage**.
พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักวิชาการแพทย์.
3. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. **สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ
2561**. (2561). ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลปทุมรัตต์.
4. กฤตยา แดงสุวรรณ, ชฎาพร ฟองสุวรรณ, ชารีนา กาแข็ง,
เพลินพิศ ศรีชัย, เบญจพร จินคง, เรณูภา มะแซและ
อรอนงค์ วรรณสกล. การรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับ
บริการที่งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาล
นราธิวาสราชนครินทร์, **วารสารนราธิวาสราช
นครินทร์**. (2) : 2555 ; 16-28.
5. เอกราช ดีเลิศ,พรพรรณ ประจักษ์เนตร. (2558). ผลของ
นวัตกรรมการสื่อสารเรื่องภาวะโภชนาการเกินที่มีต่อ
ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของ
เด็กวัยประถมศึกษาตอนปลาย. งานประชุมวิชาการ
ระดับชาติคณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ
สถาบันบัณฑิตพัฒนศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.

6. โสภภาพันธุ์ สอาด, การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. **วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**. 26 (2) : พฤษภาคม-สิงหาคม 2558 ; 41-49.
7. ณัฐนันท์ เกตุภาค, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. **ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล**. **พยาบาลสาร**. (3); 2554 ; 98-109.
8. วาโร เฟ็งสวัสต์. **วิธีวิทยาการวิจัย**. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น. 2551; 187-8.
9. จิตรประไพ สุรชิต. **การรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร**, **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**. (2): 2560 ; 271-8 .
10. พรรณี ชูชัย เจนจิต. **จิตวิทยาการเรียนการสอน**. กรุงเทพฯ : ต้นอ้อแกรมมีจำกัด; 2538.
11. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. **สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2562**. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลปทุมรัตน์. 2562

ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
The effects of providing information and SKT meditation therapy practice
on stress of caregivers in the family of stroke patients
on the transitional period from hospital to home.

ศิริพร เผ่าภูธร*

Sisiporn Paophutorn

Corresponding author : Email : paophutorn@yahoo.co.th

(Received : October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 - กรกฎาคม 2561 จำนวน 44 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มประเมินความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยการให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติ ผู้ดูแลโดยผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ประกอบด้วย แผนการให้ข้อมูลและแผนการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT2 และ 3 ปรับใช้จาก รศ. สมพร กันทรดุษฎี เตรีียมชัยศรีประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล และ 2) การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ประกอบด้วย การฝึกหายใจ การใช้เทคนิคผ่อนคลายประสานกายประสานจิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของการทำกิจกรรมและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดสำหรับประชาชนไทย กรมสุขภาพจิตและแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงตามเนื้อหา และหาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย : ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : การให้ข้อมูลและการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านได้และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ถือได้ว่าเป็นบทบาทอิสระในการคิดบทบาทอิสระในการทำโดยอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เสนอแนะให้มีการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการให้ข้อมูล เสริมพลังติดตามสนับสนุนญาติ ผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่องทั้งระยะเปลี่ยนผ่าน/ระยะกลาง ระยะยาวเพื่อลดความเครียดให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหรือภาวะอื่นๆ ในระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การให้ข้อมูล ; การปฏิบัติสมาธิบำบัดSKT ; ความเครียด ; ผู้ดูแลและผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

ABSTRACT

Purpose : To study the effects of providing information SKT meditation therapy practice on stress of the caregivers in the family of the stroke patients on the transitional period from the hospital to home. The sample consisted of 44 caregivers aged 18 years and older in the family of new stroke patients who were diagnosed at first, admitted to the hospital and discharged from the hospital after 8 weeks between October 2017 - July 2018. In the area of Sri Somdet District, Roi Et. Province.

Design : This quasi-experimental research was a one-group experiment. Assess the stress of caregivers before and after participating in the activity by providing information and meditation practice for 8 weeks.

Materials and Methods : Samples: Purpose Sampling by selecting all that passed the selection criteria, 44 people. The tools used in the research consisted of information plan and practice training plan for SKT 2 and SKT 3 meditation techniques were adapted from Somporn Kantharadussadee Triumchaisri consisting of 1. Providing information 2. SKT meditation therapy practice consists of breathing exercises, relaxation techniques, physical coordination and Training of positive thinking which has passed the examination of the suitability of the activity and Content validity from 3 experts. Tools used for data collection consisting of the personal data record form of patients and the family of the stroke patients in transitional, Self-assessment and stress analysis for Thai people Department of Mental Health and Satisfaction Assessment. The instruments were tested for quality, content validity and reliability or confidence. The Alpha Cronbach's coefficient was equal to .87. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Main Findings : The caregivers on the family of the stroke patients in the transitional period had a significantly lower stress score ($p < .05$) and their satisfaction was in the high to the highest level.

Conclusion and recommendations : Providing information and SKT meditation therapy practice can reduce the stress the family of the stroke patients in the transitional period and result in satisfaction.

Providing health services for patients and caregivers both in hospitals and in the community to promote their own care for relatives. The multidisciplinary team should provide strengthening information, follow up, support relatives. Caregivers in the family continuously to reduce stress to be able to properly care for patients with stroke and other conditions or conditions in the transitional period and have a good quality of life.

Keywords : Providing information; Practice of SKT mediation ; Stress ; Caregivers ; Stroke patients in the transitional period.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศโดยพบเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 10 จากทุกสาเหตุของประชากรทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในคนอายุมากกว่า 50 ปี และอันดับ 5 ของคนอายุ 15-59 ปี เป็นสาเหตุความพิการอันดับแรกพบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เสียชีวิตแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่เล็กน้อยแล้วแต่ความรุนแรงของโรคการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง¹ ทั้งนี้มีเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่หายเป็นปกติได้ภายหลังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันไปตลอดชีวิตถึงร้อยละ 30²

สถานการณ์ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอศรีสมเด็จ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสรุปรายงาน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ ปี 2558, 2559 และ 2560 มีอัตราการป่วย 34,38 และ 42 ราย (98.06,109.82 และ 121.737 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้เสียชีวิต 2 ราย, 2 ราย และ 3 ราย พิกการถาวร 4 ราย 5 รายและ 7 รายตามลำดับ ค่าใช้จ่ายเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่มูลค่าบริการต่อปีจำนวน 471,200 บาท 580,120 บาทและ 610,780 บาทตามลำดับ³ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและวัยผู้ใหญ่ ผู้ป่วยผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ครอบครัวเกิดปัญหาตามมาทั้งในด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจผู้ดูแลหลักเกิดภาวะเครียด⁴ ไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแล ได้อย่างเหมาะสม เพราะต้องปรับตัวและเผชิญปัญหาการมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องให้การดูแลเกือบตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องบางรายเกิดภาวะเจ็บป่วยตามมา เนื่องจาก ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นพบว่าการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูส่วนใหญ่จะเริ่มฟื้นตัวได้ตั้งแต่ 3 เดือนแรกที่เกิดโรค ถ้าหลัง 6 เดือนแล้วจะทำให้การฟื้นตัวช้าลงและเกิดความพิการอย่างถาวร⁵ ซึ่งระยะดังกล่าว เป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเป็นช่วง 6 เดือนแรกของภาวะการเจ็บป่วย

ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านหรือการดูแลระยะกลาง อย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้เข้าสู่ภาวะปกติ สามารถพึ่งตนเองได้ ลดความพิการ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้เท่าที่ศักยภาพสูงสุดที่จะทำได้และลดภาระของครอบครัวชุมชน ประเทศชาติในระยะยาว

ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยนับเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม⁶ ให้ข้อมูลให้คำปรึกษาครอบครัวและเครือข่าย นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน มิใช่ดูแลระดับบุคคลให้สามารถเปลี่ยนผ่านได้เท่านั้นแต่มุ่งเน้นเพื่อให้ครอบครัวสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะใหม่ที่สมดุลได้^{6,7} ตัวผู้ดูแลเองที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน มีความเครียด ความทุกข์ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าทั้งจากการดูแล จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เช่นบางรายต้องลาออกจากงานประจำมาเป็นผู้ดูแล สูญเสียบทบาทและสัมพันธ์ทางสังคม มีความรู้สึกไม่แน่นอนว่าต้องดูแลนานเพียงใด⁸

จากการทบทวนสภาพปัญหาด้านญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน

จากโรงพยาบาลสู่บ้านในเขตอำเภอศรีสมเด็จพบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยหลายด้าน ต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน ไม่มีวันหยุด มีเวลาพักผ่อนน้อยเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เป็นภาระที่หนักกิจกรรมการดูแลซ้ำๆ อาการก้าวร้าว ไม่เห็นผลได้ในทันที บางรายไม่มีญาติคนอื่นผลัดเปลี่ยนจนเกิดภาวะเจ็บป่วยและมีภาวะเครียดตามมา แม้จะมีการจัดจิตอาสาที่ผ่านการอบรมแล้วเข้าไปช่วยดูแลตามสภาพปัญหา แต่เป็นเพียงบางเวลา ไม่ได้อยู่ดูแลช่วยเหลือตลอดเวลาเหมือนผู้ดูแลหลักในครอบครัว ภาวะเครียดจึงยังคงอยู่และสะสมมากขึ้นจนเกิดความเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ หมัดก่าลังใจ ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยที่อาจไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขให้ญาติผู้ดูแลในครอบครัวมีพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากระยะเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วย

ดีจะส่งผลให้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านและระยะ 6 เดือนแรกของการฟื้นฟูระยะกลางเกิดความล้มเหลว ไม่มีคุณภาพ ไม่ได้รับการสนับสนุนดูแลจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำจนกลายเป็นภาวะที่หนักของครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติจากการมีคุณภาพการดำรงเพิ่มขึ้น

การฝึกสมาธิบำบัดเป็นวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่งและเป็นเทคนิคในการดูแลสุขภาพด้านจิตประสาทร่างกาย (Mind-Body Medicine) การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ระดับกรดแลคติกและคอร์ติซอลในเลือดลดลง⁹ สามารถป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้¹⁰ ทำให้ฮอร์โมน เบต้าเอ็นโดฟินเพิ่มขึ้น ระดับ อะดรีน คอร์ทีโคโทรปิกฮอร์โมนลดลงเกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบ ลดความตึงเครียด ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้ามาก จะมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก ส่วนผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าน้อยจะมีภาวะการดูแลน้อยลงตามไปด้วย อาจส่งผลให้ผู้ดูแลให้ผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นอุปสรรคและปัญหาเรื้อรัง รู้สึกหมดหวังและคิดด้านลบต่ออนาคต¹¹ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคล้ายคลึงกับเรื่องที่ทำการศึกษา เรื่องญาติ ผู้ดูแล การให้ข้อมูล การฝึกสมาธิบำบัด SKT ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านและแนวทางการจัดการความเครียด

ผลที่คาดว่าจะได้รับในครั้งนี้ได้แก่ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมเกิดทักษะปฏิบัติด้านการลดความเครียด การเผชิญความเครียด ได้อย่างเหมาะสมมีพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากระยะเปลี่ยนให้ผ่านไปได้อย่างดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 ออกแบบการวิจัยโดยมีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง โดยทดลองให้ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ SKT เทคนิค 1 และ 3 ซึ่งกำหนดให้ปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหารเช้า เย็นอย่างน้อย 30 นาทีหรือรวมช่วงว่างตอนกลางวัน ปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที กำหนดให้ปฏิบัติครั้งละ 1 เทคนิคๆ ละ 45-50 รอบลมหายใจ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1 ก่อนทดลองและสัปดาห์ที่ 2,4,6,8 รวม 5 ครั้งและประเมินความพึงพอใจก่อนและหลังทดลอง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ

ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาที่ตีผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการเลือกเอาทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 44 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า(Inclusion Criteria)กำหนดดังนี้

ผู้ดูแลเป็นญาติผู้ดูแลหลักสายตรงในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเป็นหลัก สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยไม่มีค่าจ้าง อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ดูแลไม่เคยฝึกสมาธิบำบัด SKT มาก่อน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในกรณีผู้ดูแลหลักอายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องมีความคิดความจำที่ดี ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย สามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่

ผู้ดูแล ไม่ใช่ญาติสายตรงในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน เช่นเป็นผู้รับจ้างดูแล และผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ครบ 8 สัปดาห์ตามกำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 27 ธันวาคม 2562 หมายเลขใบรับรอง COE0952562 ได้ตระหนักถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอน การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับคำตอบที่ได้จากแบบสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แผนการให้ข้อมูลสุขภาพ

แผนการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อควรระวังในการทำสมาธิบำบัด ขณะฝึกปฏิบัติควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม่รัดตึงอวัยวะของสถานที่ฝึกต้องไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป ไม่ควรฝึกขณะหิวหรืออิ่มเกินไป จิตจะต้องเป็นสมาธิ ไม่ไหวตามสิ่งเร้ารอบข้าง เช่น เสียง กลิ่น การพูดคุยของคนที่อยู่ข้างๆ ควรควบคุมอารมณ์

และความคิดให้หนึ่ง ไม่คิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น ให้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออก ระวังการถูกรบกวนทันที ต้องควบคุมจิตใจให้เป็นสมาธิอย่างแน่วแน่ ขณะฝึกอาจมีอาการง่วงนอน ห้ามฝึกขณะขับชี่ยานพาหนะ ขณะทำงานกับเครื่องจักรหรือในสถานที่ที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ หากมีอาการแน่นอึดอัดหรือหน้ามืดให้หยุดฝึก และลงนั่งหรือนอนพักทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ เวชระเบียนประวัติผู้ป่วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลหลักแบบบันทึกการรับรู้ข้อมูลและภาวะสุขภาพแบบบันทึกการติดตามการปฏิบัติตามสมาธิบำบัดแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลและแบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบ (t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 81.81 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 88.63 อายุ ระหว่าง 40-50 ปีมากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 63.63 อาชีพ ทำนา มากที่สุด จำนวน 34 คน ร้อยละ 77.27 รายได้ ระหว่าง 3,000 - 5,000 บาทต่อเดือน ฐานะยากจนมากที่สุด จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 65.09 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร มากที่สุดจำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 72.27 มีโรคประจำตัวหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.09

1. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนด้านความเครียดลดลงกว่าก่อนการ ฝึกทักษะ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความเครียดของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังได้รับข้อมูลและการปฏิบัติสมาธิบำบัด (n=44)

ครั้งที่	n	Mean (SD)	t	p-value
คะแนนความเครียดครั้งที่ 1	44	10.50(2.80780)		
คะแนนความเครียดครั้งที่ 2	44	9.23 (2.54141)	18.739	.001*
คะแนนความเครียดครั้งที่ 1	44	10.50(2.80780)		
คะแนนความเครียดครั้งที่ 3	44	7.18 (1.96803)	13.918	.001*
คะแนนความเครียดครั้งที่ 1	44	10.50(2.80780)		
คะแนนความเครียดครั้งที่ 4	44	6.20 (1.67859)	17.411	.001*
คะแนนความเครียดครั้งที่ 1	44	10.50(2.80780)		
คะแนนความเครียดครั้งที่ 5	44	4.52 (1.17114)	19.22	.001*

(*p-value <.05)

2. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลและการฝึกสมาธิบำบัดในระดับมากถึงมากที่สุดได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้

เกณฑ์ คะแนนเต็ม 5 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ปรับใช้จาก กองการพยาบาล.แบบฟอร์มสำรวจความพึงพอใจ ชุดที่ 2 ผู้รับบริการที่บ้าน¹² และอรอุมา ปัญญาโชติกุล, สุธินา เศษคงและสุชมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์.¹³ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการปฏิบัติสมาธิบำบัดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน (n=44)

ด้านความพึงพอใจ	Mean (SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและบริการ		
1.1 ผู้ให้บริการยิ้มแย้มแจ่มใส มีกิริยา วาจาสุภาพให้ความสนใจและเอาใจใส่เป็นอย่างดี	4.06 (0.56)	มาก
1.2 ได้รับข้อมูลสุขภาพตรงตามที่ท่านต้องการ	4.04 (0.62)	มาก
1.3 ได้รับข้อมูลภาวะสุขภาพ คำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวตรงตามที่ท่านต้องการ	4.48 (0.66)	มากที่สุด
1.4 ได้รับข้อมูลการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ชัดเจนจากเจ้าหน้าที่	4.20 (0.52)	มาก
1.5 ได้รับสื่อ เอกสารการให้ข้อมูลสุขภาพเพียงพอกับความ ต้องการ	4.58 (0.56)	มากที่สุด
ความพึงพอใจเฉลี่ย	4.27 (0.58)	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติสมาธิบำบัดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน (ต่อ)

ด้านความพึงพอใจ	Mean (SD)	ระดับความพึงพอใจ
2. ด้านการปฏิบัติสมาธิบำบัดSKT		
2.1 ได้รับสื่อ เอกสารการฝึกสมาธิบำบัด SKT เพียงพอกับความต้องการ	4.20(0.50)	มาก
2.2 ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถในการถ่ายทอดให้คำแนะนำได้อย่างชัดเจน	4.58 (0.52)	มากที่สุด
2.3 ได้รับการส่งเสริมความรู้ที่คุ้มค่า คุ้มค่าประโยชน์ในการทำสมาธิบำบัด SKT	4.26 (0.52)	มากที่สุด
2.4 การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT สามารถช่วยลดระดับความเครียดได้จริง	4.66 (0.58)	มากที่สุด
2.5 การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT มีความสะดวกปลอดภัยปฏิบัติได้ง่ายสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม	4.52 (0.56)	มากที่สุด
ความพึงพอใจเฉลี่ย	4.44(0.54)	มากที่สุด
สรุปความพึงพอใจโดยรวม	4.35(0.56)	มากที่สุด

วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลเรื่องภาวะสุขภาพ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 1 และทำที่ 3 สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในระยะ 8 สัปดาห์แรก ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลได้รับความรู้ด้านภาวะสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติตัวที่ดี ย่อมส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี ซึ่งตรงกับการศึกษาของสรินทร์เกรย์และสาลินี เทพสุวรรณ ที่พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลส่งผลต่อระดับสุขภาพ ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพกายใจที่ดีจะส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลงอย่างมาก¹⁴ ด้านการเป็นผู้ดูแลในท้องถิ่นอำเภอศรีสมเด็จ ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันด้วยความสัมพันธ์ที่ดีส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงน้อยลง เช่นเดียวกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร¹⁵ ซึ่งพบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดี

ในครอบครัว ทำให้ความเครียดของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอยู่ในระดับต่ำส่งผลถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้เป็นอย่างดี แต่เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความแน่นอน ส่งผลถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ช้าตามสภาพรอยโรคและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดพลังใจที่ดี มีสติที่มั่นคง การนำเอาการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT มาใช้ในการเยียวยาสุขภาพ จึงน่าจะเป็นวิธีการที่ทำให้ญาติ ผู้ดูแลสามารถทำได้ง่าย จนเป็นสุขนิสัย และเกิดความต่อเนื่อง ดังผลการศึกษาของวรัญญากรณ์ โนใจและคณะ¹⁰ ว่าการปฏิบัติสมาธิบำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีจึงสามารถเป็นผู้ดูแลที่มีสภาพจิตใจมีสมาธิ อุดหนุน เข้มแข็ง ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ทั้งกับผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกโรคเพื่อการเยียวยาสุขภาพและผู้ที่มิภาวะสุขภาพปกติ ในการสร้างสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ต่อไป ด้านความพึงพอใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความ

พึงพอใจต่อการให้ข้อมูลและการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เช่นเดียวกันกับการศึกษาของนางลักษณ์ บุญช่วย, นิธิธิดา ศรีจันทร์ และคณะและนันทกาญจน์ ปักซี่^{16,17,18,19} ซึ่งพบว่า การให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีระยะเปลี่ยนผ่าน การส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ดูแลญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดหรือสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ตามลำดับ

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการฝึกสมาธิบำบัด SKT ซึ่งเป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาผสมผสานกับการทำสมาธิในพุทธศาสนาซึ่งมีความคล้ายคลึงกันทำให้ญาติ ผู้ดูแลเกิดการฝึกสมาธิบำบัด SKT ได้ง่ายขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะปกติ ภาวะเครียด ผู้ที่ก้ำกึ่งเจ็บป่วยช่วยให้อาการรุนแรงมากขึ้นหรืออยู่ในระดับคงที่ต่อไปได้นอกจากนี้การที่ผู้วิจัย เป็นผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรครู ซึ่งได้ผ่านการอบรมจากเจ้าของทฤษฎีคือ รศ. สมพร กันทรคุชฌี เตรียมชัยศรี ในด้านความรู้ เจตคติและทักษะการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อเยียวยา ตามโครงการอบรมวิทยากรการปฏิบัติสมาธิเพื่อเยียวยาสุขภาพ SKT 1-7 และ SKT 1-9 จัดโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระยะเวลา 4 วัน เมื่อปี 2553 ได้นำมาถ่ายทอดให้ข้อมูล ความรู้ การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT รวมทั้งมีการออกติดตามเยี่ยมทั้งขณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและขณะเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง รวมทั้งฝึกให้กับทุกคนในครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองเมื่อมีความพร้อม เหมาะสมที่จะทำการฝึกได้ ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพได้เข้าไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประเมินผลการทราบข้อมูลและการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ระยะเวลา 8 สัปดาห์โดยประเมินครั้งแรก ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) กรมสุขภาพจิต กระทรวง

สาธารณสุข ครั้งที่ 1 ก่อนทดลองและสัปดาห์ที่ 2,4,6,8 รวม 5 ครั้งและประเมินความพึงพอใจก่อนและหลังทดลอง ทำให้ได้มีโอกาสเยี่ยมญาติ ผู้ดูแล ครอบครัวในการให้ข้อมูลกระตุ้นการฝึก มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การติดต่อสื่อสารทาง Line application เปิดช่องทางอำนวยความสะดวกด้านการให้ข้อมูลให้คำปรึกษาเพื่อให้เข้าถึงได้ง่าย เกือบตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการวางแผนร่วมกัน ฝึกทักษะซ้ำเมื่อพบว่าปฏิบัติยังไม่ถูกต้องเพียงพอ เน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ จากผลการดูแลที่ดีด้วยพลังใจที่ดีของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่กลับมารักษาซ้ำตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน นอกจากนี้การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ยังสามารถปฏิบัติได้ง่าย ประหยัด ไม่มีค่าใช้จ่าย สะดวกสบาย ไม่จำเป็นต้องมีสถานที่กว้างขวาง ไม่จำกัดเวลาในการฝึก สามารถทำได้ทุกขณะเมื่อพบว่าสภาพเอื้อต่อการปฏิบัติ ทำทางในการฝึกสามารถฝึกในท่ายืนหรือนอนก็ได้และเหมาะสมกับวิถีชีวิตสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ถือได้ว่าเป็นบทบาทอิสระในการคิด บทบาทอิสระในการทำ โดยอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐาน ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง¹⁰

บทเรียนที่ได้รับปัญหา อุปสรรค

ในระยะแรกยังไม่กล้าและมีสภาพจิตใจที่ยังไม่พร้อมในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีทีมในการให้ข้อมูลและเสริมพลัง ให้ความมั่นใจและมีการฝึกทักษะอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านการดูแลผู้ป่วยและทักษะลดความเครียดโดยการให้ข้อมูลและการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

มีนโยบายตั้งแต่ระดับชาติ มี Service Plan ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน และนโยบายจากผู้บริหารอย่างชัดเจน เกิดการทำงานเป็นทีม ผู้ฝึก ญาติ ผู้ดูแล มีความมุ่งมั่นทำตามบทบาทหน้าที่

อย่างเต็มที่เกิดการร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่ายมีแผนการดำเนินงานเชิงรับและเชิงรุกอย่างชัดเจน มีการสรุปผลและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

การฝึกสมาธิบำบัด SKT ซึ่งเป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาผสมผสานกับการทำสมาธิในพุทธศาสนา ซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน ทำให้ญาติ ผู้ดูแลเกิดการฝึกสมาธิบำบัด SKT ได้ง่ายขึ้นส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในภาวะปกติ ภาวะเครียด ผู้ที่กำลังเจ็บป่วยช่วยให้อาการรุนแรงมากขึ้นหรืออยู่ในระดับคงที่ต่อไปได้ นอกจากนี้การที่ผู้วิจัย เป็นผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรครู ก ซึ่งได้ผ่านการอบรมจากเจ้าของทฤษฎีคือ รศ. สมพร กันทรดุขฎิ เตรียมชัยศรี ในด้านความรู้ เจตคติและทักษะการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อเยียวยา ตามโครงการอบรมวิทยากรการปฏิบัติสมาธิเพื่อเยียวยาสุขภาพ SKT 1-9 จัดโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระยะเวลา 4 วัน เมื่อปี 2553 ได้นำมาถ่ายทอดให้ข้อมูล ความรู้ การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT รวมทั้งมีการออกติดตามเยี่ยมทั้งขณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และขณะเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง รวมทั้งฝึกให้กับทุกคนในครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองเมื่อมีความพร้อม เหมาะสมที่จะทำการฝึกได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเพิ่มบทบาทอิสระในการคิด บทบาทอิสระในการทำ นำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วย เพื่อเสริมการรักษาแผนปัจจุบันให้ดียิ่งขึ้น และควรจัดให้มีการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองรวมทั้งญาติผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการให้ข้อมูลเสริมพลัง ติดตามสนับสนุนญาติ ผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่องทั้งในผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน/ระยะกลางและระยะยาวทุกโรคเพื่อลดความเครียดให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหรือภาวะอื่นๆในระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์กิตติศักดิ์ พนมพงศ์ อธิบดีผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จนายแพทย์อัศราวุธใจหาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ นางนงลักษณ์ บุญช่วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสมเด็จ นางจันทร์ศรี เหลือผล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ได้ให้นโยบายและสนับสนุนการดำเนินงาน ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสมเด็จทุกท่าน ทีมแพทย์ เภสัชกรงานกายภาพบำบัดกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ คณะเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ขอขอบคุณเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด อำเภอถึงชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนการดูแลญาติผู้ดูแลทุกคน ที่ให้ความร่วมมือ มุ่งมั่นเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยและเข้าร่วมโครงการจนประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กนกพรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร. **วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย**. 14(1) :มกราคม-เมษายน 2558 ; 23-34.
2. Hanchaiphiboolkul S,Poungvarin N,Nidhiandana S, et al. **Prevalences of stroke and stroke risk factors in Thailand : Thai Epidemiologic StrokeStudy**. J Med Assoc Thai. 94 (4) : October - December 2011;427-436 Thai.
3. กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์. (2560). **รายงานบริการผู้ป่วยแยกตามโรค/ รายโรค**.
4. เชิดชายชัยวัฒน์. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. **วารสารแพทย์เขต** 4-5. 35(1) : มกราคม-เมษายน 2559 ; 14-27.
5. จอม สุวรรณโณ. ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล**. 18(3) : เมษายน-มิถุนายน 2546 ; 1-19.

6. บุญมี ภูด่านงัว. ทฤษฎีการ เปลี่ยนผ่านการประยุกต์ใช้ ในการพยาบาลครอบครัว. **วารสารสภาการพยาบาล.** 28(4) : ตุลาคม-ธันวาคม 2556;107-120.
7. Naylor, S.G. An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. **Nursing Science Quarterly.** 1989; 2(3) , 131 – 137.
8. บวรลักษณ์ ทองทวีและคณะ. ประสบการณ์ของสมาชิก ครอบครัวในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. **วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์.** 38(3): กรกฎาคม-กันยายน 2561 ; 179-191
9. สมาริบำบัด SKT ทางเลือกใหม่ไร้โรค [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2560] เข้าถึงได้ จาก <http://synergyjapan.com>
10. วรัญญากรณ์ โนใจ. ผลการปฏิบัติสมาริบำบัดเพื่อการ เยียวยาแบบ SKT ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. **วารสารพยาบาลทหารบก.**19(3) : กันยายน-ธันวาคม2561; 175-184.
11. รสรณ์รดี ภาคภากร. (2557). **ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์.วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
12. กองการพยาบาล. แบบฟอร์มสำรวจความพึงพอใจ ชุดที่ 2 ผู้รับบริการที่บ้านเข้าถึงทางอินเทอร์เน็ต http://phn.bangkok.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=656%3A-2562&catid=35%3Acategory-general&Itemid=1 เมื่อ 28 มีนาคม 2562.
13. อรุมา ปัญญาโชติกุล,สุธินา เศษคงและสุขุมารณ์ ศรีวิศิษฐ์. **ผลของสมาริบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีารับบริการที่โรงพยาบาล สิเกา จังหวัดตรัง.** 4 (2) พฤษภาคม-สิงหาคม : 2560 ; 245-255
14. รสรินทร์ เกียรติและสาลินี เทพสุวรรณ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. **วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.** 20(1) : มกราคม-มีนาคม2557 ; 205- 217.
15. ภาวิณี พรหมบุตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่บ้าน. **วารสารรามิบัติพยาบาลสาร.** 20(1) : มกราคม-เมษายน2557;82-96.
16. นงลักษณ์ บุญช่วย. ผลของการให้ความรู้และฝึกสมาริ บำบัดต่อความไม่สุขสบาย ความปวดและความเครียด ของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินน้ำดีที่ได้รับการดูแลและเย เยเปลี่ยนผ่าน อำเภอศรีสมเด็จ 5 พฤษภาคม 2559 เข้า ถึงได้ทาง <http://www.thaicam.go.th>.
17. นิชธิมา ศรีจันงค์และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. **วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี กรุงเทพฯ.** 26(1) : มกราคม-เมษายน 2553 ; 28-43.
18. นันทกาญจน์ ปักซี่. ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. **รามิบัติพยาบาลสาร.** 26(1) : มกราคม-เมษายน 2553 ; 28-43.
19. ประชุมพร กวีกรณและคณะ. รูปแบบการใช้สมาริบำบัด SKT โดยครู ก เพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงจังหวัดยโสธร. **วารสารสมาคมเวช าสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.** 6(3) : กันยายน- ธันวาคม 2559 ; 221-232.

**การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมใน
เขตตำบลหนองขุ่นใหญ่ อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด**
**The Development of a Program for Health Promotion
of Elderly with Participatory In Nong Khun Yai Subdistrict,
Nong Phok District, RoiEt.**

จรูญ อุ่หนาง*

Jaron Oonthang

Corresponding author : Email : jaron09@hotmail.com

(Received : October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย : ประชากรศึกษาเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองขุ่นใหญ่ อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 130 คน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การลงมือปฏิบัติ การประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะเสื่อมสภาพทางร่างกาย เช่น โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคข้อและกระดูก สาเหตุเกิดจากการทำงานหนักมาเป็นเวลานาน และโรคเรื้อรังคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน รู้สึกเหงา รู้สึกว่าตัวเองถูกทอดทิ้ง ภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 6 ด้านดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 64.60

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาค้นคว้าชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : การสร้างเสริมสุขภาพ ; ผู้สูงอายุ ; การมีส่วนร่วม

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนองพอก

ABSTRACT

Purpose : To develop and study program for health promotion of elderly with participatory in community.

Design : Participatory Action Research.

Materials and Methods : 130 of participants on elderly in the area of responsibility of Nong Khun Yai Sub district administration organization, Nong Phok District, Roi Et. Participatory action research process were consisted of steps situation, analysis, implementation, and evaluation. Data were collected through in-depth interviews, group conversation participatory observation and quality of life test. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Main findings : Most of the elderly have illnesses due to physical deterioration, such as musculoskeletal diseases, Joint and bone diseases the cause were due to hard work for a long time and chronic diseases such as diabetes, high blood pressure the elderly have problems in their daily activities, feel lonely, feel that they were neglected, household expenses burden safety in life and elderly had better quality of life in all 6 aspects, representing 64.60%.

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that the program Resulting in elderly having a better quality of life therefore, relevant agencies should continue to use this program to enhance health of elderly.

Keywords : Health Promotion ; Elderly ; Participatory

บทนำ

โครงสร้างทางอายุของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาประชากรไทยที่เคยเยาว์วัยในอดีตได้กลายเป็นประชากรวัยสูงอายุในปัจจุบัน อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุไทยเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2523 – 2533 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 47.0 แต่เมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2523 – 2563 จะพบประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงกว่าร้อยละ 30.0 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน และรูปแบบการอาศัยของผู้สูงอายุได้เปลี่ยนแปลงไปมาก ในอดีตครัวเรือนไทยมีขนาดใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีคนหลายคนอยู่ด้วยกัน ซึ่งปัจจุบันขนาดของครัวเรือนไทยเล็กลงซึ่งไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีบุตรหลานคอยดูแลหรือคอยดูแลบุตรหลานให้ ปรากฏการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทต่างๆ ได้เกิดความ

รู้สึกว่าตนเองขาดคุณค่า ขาดความภาคภูมิใจตนเอง ทำให้เกิดเป็นปัญหาต่อเนืองกับกลุ่มผู้สูงอายุในสังคมไทย จากสภาพปัญหาข้างต้น ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาด้านต่างๆ ตามมา และอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายประกอบกับวัยสูงอายุต้องเผชิญกับเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลงด้วย และการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จึงส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมจะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันเป็นวงจรมั่วไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง¹ ดังนั้น แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี นับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่

สังคมผู้สูงอายุซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงภาพรวมของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร ทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

จากการประเมินสภาพปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองขุ่นใหญ่ อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าตำบลหนองขุ่นใหญ่มีประชากรกลางปี ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 8,178 คน และมีประชากรสูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 776 คน (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2560) คิดเป็นร้อยละ 8.0 ปัญหาด้านสุขภาพของประชากรสูงอายุในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในระดับประเทศแต่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพที่มากกว่า กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 85.9 ของประชากรผู้สูงอายุตำบลหนองขุ่นใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองและปัญหาการดำรงชีพคิดเป็นร้อยละ 63.9 โรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นบางโรคสามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกข้อและกล้ามเนื้อซึ่งพบเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ค่อนข้างสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ สำหรับโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุตำบลหนองขุ่นใหญ่ ได้แก่ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ²

นอกจากนั้นยังพบโรคเกี่ยวกับ โรคหัวใจ และระดับของไขมันในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองขุ่นใหญ่ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองขุ่นใหญ่ มีสุขภาพทางร่างกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็นปกติสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ลดภาระการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุลงซึ่งจะทำให้ผู้สูง

อายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยเหตุผลข้างต้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาค้นหาตัวแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนการพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามการสาธารณสุขแนวใหม่ โดยเฉพาะพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ครอบคลุมการมีส่วนร่วม 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ³ นอกจากนี้ยังได้ผสมผสานแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁴ ที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองด้านความตระหนักเรื่องอาหาร ด้านความสมบูรณ์ของร่างกาย ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านความไวต่อสิ่งแวดล้อม⁴ ผลจากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ มีร่างกายที่แข็งแรง สมวัย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดปัญหาโรคแทรกซ้อนในผู้มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีสุขภาพจิตดีซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในเขตตำบลหนองขุ่นใหญ่ อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในเขตตำบลหนองขุนใหญ่ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา ประชากรใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขุนใหญ่ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 776 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชากรที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยคั้งนี้ จำนวน 130 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม และการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประยุกต์จากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁵ มีองค์ประกอบ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่ในสังคม อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจจำนวนสมาชิกในครอบครัว สุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงวัดถวิสัยมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สุขภาพจิต สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพกายและสัมพันธ์ภาพกับชุมชน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความรู้ความเข้าใจ และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

4. การดำเนินการ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวิเคราะห์และประเมินปัญหาแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Problem Identifying and Diagnosing) เป็นขั้นที่นักวิจัยศึกษาทำความเข้าใจในบริบทและสถานการณ์จริงของชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเข้าสู่ชุมชนโดยผู้วิจัยได้เข้าพบผู้นำชุมชน ประธาน อสม.และประธานชมรมผู้สูงอายุ เข้าสู่ชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน แนะนำตัวและพบปะกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ศึกษาสถานการณ์และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แสวงหากลุ่มประชากรผู้สูงอายุร่วมโครงการวิจัย วางแผนดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านทางผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ทำประชาคมหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำหมู่บ้าน เข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมในโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผนพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (Action Planning) เป็นขั้นที่มีการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุแล้วร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสนทนากลุ่มเฉพาะ การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เทคนิคการประชุมเพื่อระดมสมอง เพื่อหาแนวทางการวางแผนช่วยเหลือส่งเสริมและสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อความยั่งยืน การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาเช่นกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน เข้าพรรษา ออกพรรษา สงกรานต์ งานพิธีกรรมต่างๆที่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและวางรูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพแล้วดำเนินการกิจกรรมตามโครงการและปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมรวมทั้งมีการประเมินผลของกิจกรรมเป็นระยะพร้อมทั้งปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามบริบทของชุมชนและความเป็นไปได้ของความร่วมมื่อเพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จนได้รูปแบบที่ชัดเจนจึงสรุปตัวแบบที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามตัวแบบ (Taking action) เป็นขั้นตอนที่ได้ตัวแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติเพื่อรับ

ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงการให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ดำเนินงานตามโครงการตามตัวแบบที่ได้วางกรอบเอาไว้ทุกโครงการร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การระดมสมองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ติดตาม ประเมินกิจกรรมโครงการค้นหาปัญหาและอุปสรรคนำมาวิเคราะห์ปรับปรุงเพื่อพัฒนาตัวแบบการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยมีการติดตาม สังเกตแบบมีส่วนร่วม ดำเนินตามวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่องพร้อมบันทึกปัญหาอุปสรรคที่ค้นพบเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นประเมินผลการดำเนินงานตามตัวแบบ (Completing evaluation) นำข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์โดยใช้หลักการทางสถิติจากนั้นสรุปผลการวิจัยเพื่อตอบคำถามการวิจัย แล้วนำผลการวิจัยมาอภิปรายผลและข้อเสนอแนะต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 หมายเลขใบรับรอง COE0882561

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 57.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.8) และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 74.6) ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ดีแต่บางกิจกรรมต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยเหลือบ้าง (ร้อยละ 84.61) สุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น โรคเกี่ยวกับกระดูกข้อและกล้ามเนื้ออ่อนเนื่องมาจากการทำงานหนัก (ร้อยละ 74.61) โรคกระดูกและข้อ (ร้อยละ 32.3) และโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานพบได้ในลำดับรองลงมา

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การอบรมความรู้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และญาติเพื่อเป็นการดึงให้ชุมชนหรือคนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมได้ รับรู้และเข้าใจในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมกายบริหารในผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย 14 ท่า กิจกรรมฉาปนกิจสงเคราะห์กิจกรรมทางศาสนาตามจารีตประเพณี 12 เดือน และกิจกรรมสนับสนุนการให้ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=130)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนพัฒนา n(%)	หลังพัฒนา n(%)
ระดับน้ำตาลในเลือด		
ปกติ (70-126 mg/dl)	111(85.4)	128(98.5)
>126 mg/dl	19(14.6)	2(1.5)
ความดันโลหิต		
ปกติ (100/80-140/90 mmHg)	97(74.6)	128(88.5)
>140/90 mmHg	33(25.4)	15(11.5)
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5 กก/ตร.ม.)	3 (2.3)	1(0.8)
ปกติ (18.5-23.4 กก/ตร.ม.)	109 (83.8)	118(90.8)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=130) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนพัฒนา n(%)	หลังพัฒนา n(%)
น้ำหนักเกิน(23.5-28.4 กก/ตร.ม.)	16 (10.0)	8(6.2)
อ้วนขั้นที่ (28.5-34.9 กก/ตร.ม.)	5 (38.4)	3(2.3)

จากตารางที่ 1 หลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (70-126 mg/dl) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.6 (97 คน) เป็นร้อยละ 88.35 (128 คน) ความดันโลหิตปกติ (100/80-140/90 mmHg) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.6 (97 คน) เป็นร้อยละ 88.5 (128 คน) และดัชนีมวลกายปกติ (18.5-23.4 กก/ตร.ม.) เพิ่มจากร้อยละ 83.8 (109) เป็นร้อยละ 90.8 (118)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา (N=130)

ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนพัฒนา n(%)	หลังพัฒนา n(%)
ระดับต่ำ	54 (41.2)	11 (8.5)
ระดับปานกลาง	59 (45.5)	76 (58.5)
ระดับสูง	17 (13.3)	43 (33.1)

จากตารางที่ 2 หลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 13.3 (17 คน) เป็นร้อยละ 33.1 (43 คน) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง เพิ่มจากร้อยละ 45.5 (59 คน) เป็นร้อยละ 58.5 (76 คน) วิจารณ์

หลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ความดันโลหิตปกติ และดัชนีมวลกายปกติเพิ่มขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุหรือแกนนำในชุมชนกิจกรรมสนทนากลุ่มและการจัดการความเครียด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ⁶ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในการ

วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมการดูแลสุขภาพหรือการกระทำที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล⁷ และเช่นเดียวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เน้นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะของบุคคลให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นและปรับเปลี่ยนด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีจากการศึกษาแนวคิดดังกล่าวความสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพคือกระบวนการที่เพิ่มความรู้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ผลการศึกษานี้พบว่า หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับสูงเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาที่มีกิจกรรมจักสานเหรียญโปรยทาน ประกอบด้วยทำให้ความรู้และฝึกทักษะการทำ กิจกรรม จักสานเหรียญโปรยทานโดยใช้ริบบิ้นและใบมะพร้าว และกิจกรรมการป้องกันข้อ

ไหลติด⁷ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ดีขึ้น⁸ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของสุขภาพชุมชนผู้สูงอายุเกิดจากความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทความเป็นอยู่เกิดจากความต้องการของผู้สูงอายุจริง

ข้อเสนอแนะ

1. เชนนโยบาย ผู้สูงอายุนั้นเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและสร้างประโยชน์ให้กับสังคมในอดีตมาดั่งนั้น ต้องให้ความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาครัฐควรให้ความสำคัญกับงานการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพให้มากขึ้น และ ด้านสังคมเนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในกิจกรรมต่างๆที่ผ่านมารวมถึงเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตมาก ทางภาครัฐควรให้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาททางสังคม โดยเป็นที่ปรึกษาให้กับคนรุ่นหลังซึ่งจะยังคงมีความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ

2. นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์งานประจำ การศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) กระบวนการของการทำวิจัยชนิดนี้ อยู่ 6 ขั้นตอน บางครั้งอาจหยุด บางกิจกรรมแล้วกลับไปทำกิจกรรมใหม่ หรือพัฒนาในขั้นต่อไปพร้อมๆกัน เพราะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะไม่สามารถกำหนดได้อย่างตายตัวในรูปแบบได้ แต่สามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามปัจจัยและบริบทที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่จากหลายๆ ฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขุ่นใหญ่ และท่านสมพร โมครินทร์ สาธารณสุขอำเภอหนองขุ่น ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน

หนองขุ่นใหญ่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในวิจัยทุกขั้นตอน จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ.โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2557**. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอก. (2560); 45-46. **รายงานผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560**. งานประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองพอก.
3. Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1981). **Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation**. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
4. Walker S.N. Health Promoting Lifestyle Older Adult : Comparisons with Young and Middle age Adults, Correlation and Pattern. J.Adv. Nurs.,New York. 1988 : 76-90.
5. Pender N.J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. London: Appleton and Lange.
6. มะลิวรรณ อุณาภิรักษ์, วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์, วรรณาคงสุริยะนาวิณ และ วิลาสินี เต็มเศรษฐเจริญ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. **Journal of Nursing Science**. 30(2) : 2555; 35-45.
7. กรธณธัช ปัญญาใส, จุฑามาศ กิติศรี และพิชชานาถ เงินดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**. 12(2) : กรกฎาคม - ธันวาคม 2560; 65-74.

8. จริญญา วงษ์พรหม, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, นवलวีประเสริฐสุข
และนิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. การมีส่วนร่วม ของชุมชนเพื่อ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. **Veridian E-Journal,**
Slipakorn University. 8(3) : 2558 ; 41-54.

ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในเขตอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

Outcomes of drug problem-solving of chronic disease patients from home
visits by pharmacists In Chiang Khwan district Roi Et Province.

ลัดดาวัลย์ ปราบนอก*

Laddaval Prabnok

Corresponding author : Email : newnon.ae@gmail.com

(Received : October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยเรื้อรังและผลลัพธ์การจัดการปัญหาการใช้ยาโดยเภสัชกร
ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเขตอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจงจากเกณฑ์คัดเข้าจากโรงพยาบาลเชียงขวัญ
ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึงมีนาคม 2562 จำนวน 39 ราย โดยเภสัชกรค้นหา
ปัญหาและสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโดยการสอบถาม สังเกต เปรียบเทียบข้อมูลการใช้ยาจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากผู้
ป่วย ญาติ ผู้ดูแล สมุดประจำตัวผู้ป่วย และเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เภสัชกรบันทึกข้อมูล
และวิธีการแก้ไขการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย การแบ่งประเภทปัญหาด้านยาใช้นิยามของ Helper และ Strand

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านทั้งหมด 39 ราย เกิดปัญหาจากการใช้ยา 30 ราย (ร้อยละ 76.92) พบปัญหารวมทั้งหมด
84 ปัญหา ปัญหาที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 24 ปัญหา (ร้อยละ 28.57) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก
การใช้ยา 21 ปัญหา (ร้อยละ 25) และใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ 12 ปัญหา (ร้อยละ 14.28) เภสัชกรได้ออกแบบและจัดการปัญหา
การใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย แล้วพบว่าใช้วิธีการแก้ไขปัญหาทั้งหมด 113 ครั้ง เฉลี่ย 3.76 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยพบว่า
วิธีที่ใช้มากที่สุดคือการแนะนำให้มาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง จำนวน 30 ครั้ง (ร้อยละ 26.55) รองลงมาคือ
การทบทวนการกินยากับผู้ป่วยและญาติ จำนวน 19 ครั้ง (ร้อยละ 16.81) และการให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติเกี่ยว
กับโรคและการใช้ยา จำนวน 15 ครั้ง (ร้อยละ 13.27) ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาใน
การศึกษานี้ทั้งหมด 30 ราย พบว่าได้รับการค้นหาปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหาโดยเภสัชกรทุกราย

สรุปและข้อเสนอแนะ : สรุปผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเภสัชกรในทีมเยี่ยมบ้านมีบทบาทในการช่วยแก้ปัญหาด้าน
การใช้ยาให้ผู้ป่วยในโรคเรื้อรังได้ อันจะส่งผลดีต่อการรักษาต่อไป

คำสำคัญ : ปัญหาจากการใช้ยา ; ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ; การเยี่ยมบ้าน

*เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเชียงขวัญ

ABSTRACT

Purpose : To study drug-related problems of chronic patients and the outcomes of drug use management by pharmacists in chronic disease patients in Chiang Khwan district Roi Et Province.

Design : Descriptive research

Methods : Was visited by 39 multidisciplinary teams from October 2018 to March 2019, in which pharmacists searched for problems and causes of drug-related problems by inquiring, observing, comparing drug use information from various sources Both from patients, relatives, carers of patients' books. And related medical records to assess drug-related problems. Pharmacists record information and methods of medication correction in each patient. Drug problem classification is based on the definition of Helper and Strand.

Main findings : The results show that There were 39 patients visiting home, 30 from drug use problems (76.92%) found a total of 84 problems. The top 3 most common problems were non-prescription 24 problems (28.57%). Undesirable drugs from 21 problems (25%) and 12 unidentified drugs (14.28%). Pharmacists design and manage drug use problems for each patient. Found that 113 solutions were used, with an average of 3.76 times per patient, which found that the most commonly used method was to recommend the same medication to the hospital every 30 times (26.55%), followed by Came as a review of medication intake with patients and relatives, 19 times (16.81%) and education to patients about disease and medication use, 15 times (13.27%). The result from Troubleshooting The use of drugs in patients with the problem of drug use in this study, all 30 patients found to have been searching for a way to fix the problem, and by all pharmacists.

Conclusion and recommendations : The conclusion of the study shows that the pharmacists in the home visiting team play a role in helping to solve medication problems for patients with chronic diseases. Which will benefit the treatment further.

Keywords : Drug use problems ; chronic disease patients ; Home visit.

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายที่รุนแรงอันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยโรคเรื้อรังที่สำคัญเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลกรวมทั้งประเทศไทย ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยพบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกกว่า 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยนั้นมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 4.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2560¹ จากข้อมูลที่ผ่านมา 3 ปี ย้อนหลังพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเชียงขวัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ.2559-2561 มีจำนวน 919 คน 940 คน และ 1,138 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 985 คน 1,112 คน และ 1,403 คน ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มสูงขึ้นตามมาด้วย จากข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อปีในการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรัง ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2559-2561 มีมูลค่า 1,340,013 บาท 1,533,899 บาท และ 1,767,677 บาท ตามลำดับ

จากการปฏิบัติงานในฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ผ่านมาพบปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังมีหลายประการ เช่น ปัญหายาเหลือสะสมที่ส่งคืนห้องยาที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยจากข้อมูลพบว่ามียาเหลือสะสมที่ส่งคืนในปี พ.ศ.2559-2561 มีมูลค่า 45,860.53 บาท 78,542.26 บาท และ 92,541.71 บาทตามลำดับ² ซึ่งปัญหา ยาเหลือสะสมถือว่าเป็นปัญหาการใช้ยาที่พบได้บ่อย ปัญหา ยาเหลือใช้ส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่งในทุกมื้อ ยาที่มีปริมาณยาเหลือสะสมมากมักเป็นยาที่มีความถี่ในการรับประทานหลายครั้งต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาได้ เช่น ยา Metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆเช่น การหยุดยาเอง การใช้ยาซ้ำซ้อน การขาดยา

การใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นต้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาดังกล่าว พบว่าปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนที่กลุ่มงานเภสัชกรรมต้องเร่งดำเนินการ คือการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยควรมีการติดตามการใช้ยาต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น³ การแก้ไขปัญหาจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร สามารถแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้⁴

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและผลลัพธ์ของการจัดการปัญหาจากการใช้ยาโดยการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผลการรักษาที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการเยี่ยมบ้าน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการปัญหาการใช้ยาจากการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละราย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา Descriptive Study โดยศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด และออกเยี่ยมบ้านช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึงมีนาคม 2562 จำนวน 39 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผลการรักษายังไม่ถึงเป้าหมายการรักษา

2. ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่นผู้ป่วยที่บำบัดทดแทนไต
ผู้ป่วย Palliative care
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด หลังจำหน่ายจากการนอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะโรค เช่น COPD Stroke
4. ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป
มีเกณฑ์คัดออกดังนี้ คือ ผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยหรือสื่อสารไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ที่อยู่ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา ปัญหาพบขณะเยี่ยม

ส่วนที่ 2 รายการยาที่ใช้ ประกอบด้วย รายการยาวิธีบริหาร จำนวนยาที่เหลือ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกปัญหาการใช้ยา (Drug related problems)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการวิจัย โดยขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ COE 512561

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้อาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลจะไม่มีผลต่อสวัสดิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ชี้แจงให้ทราบว่า สิทธิตามที่มีอยู่จะไม่ถูกถูกรื้อถอนไป รวมไปถึงสิทธิที่จะหยุดให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดของการวิจัยก็ได้ โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังย้ำถึงความสำคัญของการรักษา

ความลับเกี่ยวกับ ประวัติและการมีส่วนร่วมในการวิจัยของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ จึงให้ลงนามการเข้าร่วมโครงการ โดยลงนาม 2 ชุด ชุดที่ 1 เก็บไว้กับผู้เข้าร่วมวิจัยและอีก 1 ชุดเก็บไว้ที่โรงพยาบาลเชียงขวัญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยพยาบาลที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 คน ภายภาพบำบัด 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน พร้อมกับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ในช่วงบ่ายวันพุธที่^{2,3,4} ของเดือน โดยเภสัชกรมีหน้าที่ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโดยการสอบถามสังเกต เปรียบเทียบข้อมูลการใช้ยาจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล สมุดประจำตัวผู้ป่วย และเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

2. กรณีพบปัญหา ดำเนินการจัดการปัญหาที่พบตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

3. บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

4. สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินการ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวนปัญหาและผลลัพธ์การจัดการปัญหาการใช้ยาจากการเยี่ยมบ้านด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 39 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 56.4) อายุเฉลี่ย 58.10 ± 9.284 ปี ได้รับรายการยาเฉลี่ย 5.85 ± 1.91 รายการ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยาคือร้อยละ 92.3 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วม 2 โรค

ตารางที่ 1 ประเภทผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (n=39)

ประเภท	จำนวน (ร้อยละ)
พบปัญหาจากการใช้ยา (ราย)	30 (76.92)
ไม่พบปัญหาจากการใช้ยา (ราย)	9 (23.08)
รวม	39 (100)

จากการเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรค การใช้ยา (Drug Related Problems ; DRP) จำนวน
เรื้อรังทั้งหมด 39 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจาก 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.92

ตารางที่ 2 จำนวนของปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยา

ประเภทปัญหาการใช้ยา	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	24 (28.57)
ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	4 (4.76)
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	21 (25.00)
ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดต่ำกว่าขนาดการรักษา	3 (3.57)
ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดสูงกว่าขนาดการรักษา	6 (7.14)
ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ	9 (10.71)
ใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์	12 (14.28)
เกิดอันตรกิริยาที่เกิดจากยา	5 (5.95)
รวม	84 (100)

จากการค้นหาปัญหาโดยเภสัชกร พบปัญหาารวม ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 21 ปัญหา (ร้อยละ 25)
ทั้งหมด 84 ปัญหา ปัญหาที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือไม่ และใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ 12 ปัญหา (ร้อยละ 14.28)
ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 24 ปัญหา (ร้อยละ 28.57) เกิดอาการ

ตารางที่ 3 วิธีการแก้ไขปัญหาค่าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

วิธีการแก้ไขปัญหาค่าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวน (ร้อยละ)
แนะนำการนำยาเดิมไปโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง	30 (26.55)
ทบทวนการกินยากับญาติและผู้ดูแล	19 (16.81)
ให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	15 (13.27)
แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	12 (10.62)
ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับเปลี่ยนยา/ขนาดยา	11 (9.74)

ตารางที่ 3 วิธีการแก้ไขปัญหที่เกี่ยวข้กับการใช้ยา (ต่อ)

วิธีการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา	จำนวน (ร้อยละ)
สอนยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาอินซูลิน ยาพ่น	10 (8.85)
แนะนำการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยา	8 (7.08)
ใช้ฉลากรูปภาพ/เพิ่มขนาดตัวอักษรของฉลากยา	8 (7.08)
รวม	113 (100)

เภสัชกรได้ดำเนินการออกแบบและจัดการแก้ไขปัญหาการใช้ยาให้ผู้ป่วยแต่ละราย ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 30 รายที่พบปัญหาจากการใช้ยา จากการศีกษาพบว่าได้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหจำนวน 113 ครั้งเฉลี่ยใช้วิธีการแก้ไขปัญหา 3.76 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยพบว่าวิธีการแก้ปัญหที่ใช้

มากที่สุดคือการแนะนำให้หน้ายาเดิมมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง จำนวน 30 ครั้ง (ร้อยละ 26.55) รองลงมาคือการทบทวนการกินยากับ ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 19 ครั้ง (ร้อยละ 16.81) และการให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา จำนวน 15 ครั้ง (ร้อยละ 13.27)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้กับการใช้ยาโดยเภสัชกร

ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาได้ถูกแก้ไขไปหมด	25 (83.33)
ปัญหาถูกแก้ไขบางส่วน ต้องติดตามต่อ	5 (16.67)
ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา	0 (0.00)
รวม	30 (100)

ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหจากการใช้ยาในผู้ป่วย 30 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่พบปัญหาได้รับการค้นหาปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหโดยเภสัชกรทุกราย โดยเภสัชกรสามารถจัดการแก้ไขปัญหได้ทั้งหมดจำนวน 25ราย (ร้อยละ83.33) ส่วนผู้ป่วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ16.67) ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหได้หมดคือได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วนและยังคงต้องติดตามต่อเนื่อง

วิจารณ์

ผลการศึกษาจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้งหมด 39 ราย พบผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการใช้ยาจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 76.92) พบปัญหาทั้งหมด 84 ปัญหา ปัญหาที่พบมาก 3 อันดับแรก คือไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 24 ปัญหา (ร้อยละ 28.57) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 21 ปัญหา

(ร้อยละ 25) และใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ 12 ปัญหา (ร้อยละ 14.28) เภสัชกรได้ออกแบบและจัดการปัญหาการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย แล้วพบว่าใช้วิธีการแก้ไขปัญหทั้งหมด 113 ครั้ง เฉลี่ยใช้วิธีการแก้ไขปัญห 3.76 ครั้งต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยพบว่าวิธีการแก้ปัญหที่ใช้มากที่สุดคือการแนะนำให้หน้ายาเดิมมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง จำนวน 30 ครั้ง (ร้อยละ 26.55) รองลงมาคือการทบทวนการกินยากับผู้ป่วยและญาติ จำนวน 19 ครั้ง (ร้อยละ 16.81) และการให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา จำนวน 15 ครั้ง (ร้อยละ 13.27) ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหจากการใช้ยาในผู้ป่วย 30 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่พบปัญหาจากการใช้ยา ได้รับการค้นหาปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหโดยเภสัชกรทุกราย

ผลจากการศีกษาปัญหาจากการใช้ยาพบว่าปัญหาการใช้ยาส่วนใหญ่จากการศีกษานี้ คือปัญหาการไม่ใช้ยาตาม

แพทย์สั่ง (ร้อยละ 28.57) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาส่วนใหญ่ของการใช้ยาในผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านคือการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค และเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับหลายขนาน รวมทั้งไม่มีผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้⁵

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยทั้ง 30 รายที่พบปัญหาจากการใช้ยา ได้รับการค้นหาปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหาโดยเภสัชกรทุกราย ซึ่งแสดงถึงประโยชน์ของการมีเภสัชกรที่ช่วยในทีมเยี่ยมบ้านสอดคล้องกับงานวิจัย^{4,6} ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรครอบคลุมเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังนี้ได้

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย 30 ราย พบว่า เภสัชกรสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมดจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 83.33) ส่วนผู้ป่วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้หมดคือได้รับการแก้ไขเพียงบางส่วนและยังคงต้องติดตาม ต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยที่แก้ไขปัญหาได้บางส่วนนั้นเกิดจากปัญหาผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน เช่น ได้รับยา ASA 81 mg ร่วมกับยา Enalapril 5 mg ซึ่งเป็นคู่ยาที่เมื่อใช้ร่วมกันอาจจะเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้ โดยอาจทำให้ฤทธิ์ของการลดความดันโลหิตของ Enalapril ลดลง แต่ในการศึกษานี้ผู้ป่วยไม่มีอาการ ผิดปกติอย่างใด และแพทย์ยังสั่งใช้ต่อ จึงยังคงพบปัญหาอยู่ ซึ่งเภสัชกรต้องเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การแก้ไขปัญหาการใช้ยาโดยการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร สามารถลดปัญหาการใช้ยาได้ แต่ปัญหาบางอย่างอาจแก้ไขได้ไม่หมด เช่น ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาที่เกิดจากยาที่ใช้ร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่องตามคำสั่งของแพทย์ เภสัชกรจึงมีหน้าที่เฝ้าระวังหรือติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยต่อเนื่อง⁷

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ที่จะเป็นเครื่องชี้วัดว่าผู้ป่วยมีผลทางคลินิกดีขึ้น ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย เช่นระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ระดับความดันโลหิต (BP) เพื่อยืนยันผลการรักษาที่มีต่อการรักษาได้ชัดเจนขึ้น

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบในการแก้ไขปัญหาการใช้ยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการภายในโรงพยาบาลได้ ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายทินเทวัญ พุทธลา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ ทิมสหวีชาชีพเครือข่าย สุขภาพอำเภอเชียงขวัญ ผู้ร่วมงานกลุ่มงานเภสัชกรรม ที่ช่วยเหลือเพื่อ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation, (2017). [online]. 2017 [cited April 8, 2019]. Available from : <https://www.diabetesatlas.org/across-the-globe>.
2. กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด. (2561). รายงานผลการดำเนินงานของงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2561. ร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลเชียงใหม่.
3. วิภาดา ปุณณภาไพศาล และคณะ. (2560). การออกแบบระบบการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการวิเคราะห์หาสาเหตุราก. วารสารเภสัชกรรมไทย. ค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2562, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171059/122922>

4. สมทรง ราชนิยม และกฤษณี สระมณี. (2559). การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกระนวน. **วารสารเภสัชกรรมไทย**. ค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2562, จาก <https://www.tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wpcontent/uploads/2016/04/59-5final.pdf>
5. Weerawattanachai C. (2002). **Factors affecting drug related problems in diabetic inpatients at Rajavithi hospital**. [master thesis]. Bangkok : Chulalongkorn University, 2002.
6. พชรณัฐภรณ์ ชยณัฐพงศ์.(2560). ปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในทีมหมอครอบครัวของเครือข่ายสุขภาพพรหมคีรี. **วารสารเภสัชกรรมไทย**. ค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2562, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/169796>
7. ปัญญา อู่ประเสริฐ. (2547). **ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลปทุมธานี**. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร. ค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2562, จาก <https://dric.nrct.go.th/Search/ShowFulltext/1/157474>
8. รจเรศ หาญรินทร์. (2559). การจัดการประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา. **วารสารเภสัชกรรมไทย** , 1(1). ค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2562, จาก <https://www.tjpp.pharmacy.psu.ac.th/wpcontent/uploads/2013/12/52-5final.pdf>

การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558 - 2562

Accessibility of Health Services in Roi Et Province 2015 - 2019

อารีย์ เพ็ญสุวรรณ*

Aree Pensuvan

Corresponding author : Email : aproiet@yahoo.com

(Received : October 26, 2019 ; Revised : November 16, 2019 ; Accepted : December 1, 2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

วัสดุและวิธีดำเนินการวิจัย : เก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC)

ผลการวิจัย : การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ด้านการรับบริการประเภทการให้บริการในส่วนแผนกผู้ป่วยนอก แนวโน้มการมารับบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในส่วนการรักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน แนวโน้มการมารับบริการเพิ่มขึ้น ในส่วนการรับบริการด้านทันตกรรม แนวโน้มการบริการค่อนข้างลดลง ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ด้านการรับบริการในแต่ละกลุ่มวัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ การบริการอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์ การบริการวัคซีนให้แก่เด็ก การคัดกรองพัฒนาการเด็ก การคัดกรองสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และการคัดกรองสุขภาพในผู้สูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ : เพื่อให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเป็นไปตามสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ควรพัฒนาการให้บริการด้านทันตกรรม โดยจัดบริการช่วงเวลาราชการ การให้บริการเชิงรุกลงในพื้นที่ห่างไกล และสนับสนุนส่งเสริมด้านงบประมาณ พร้อมทั้งการกระจายบุคลากรให้ทั่วถึงแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : การเข้าถึง ; บริการสุขภาพ

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To study the accessibility of health services in Roi Et Province 2015-2019

Design : Descriptive Research

Materials and methods : Collecting data on access to health services in the fiscal year 2015 to fiscal year 2019. Data sources are from the Health Data Center (HDC)

Main findings : The key findings has shown that the number people accessing health services at the out-patient departments (OPD) is slightly increased and at the in-patient department (IPD) is potentially increased. Whilst at the dental service department, the service trend is quite down.

Accessibility in health promotion and prevention services in each age group, there is a growing trend in maternal and child health services, antenatal care, vaccination services for children, health screening for child development, health screening in high blood pressure, diabetes and health screening in the elderly.

Conclusion and recommendations : To provide access to health services, adhere to health benefits shall develop and improve dental services by providing service during official hours, proactive service into remote areas and support the budget. As well as the management of human resources capacity by distribution of staffs throughout each area.

Keywords : Accessibility ; Health Service

บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีนอมนายครอบครัวครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีนอมนายได้มีการยกระดับมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษาส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น¹

การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สอดคล้องไปด้วยกันกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ และการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับความคุ้มครองหลักประกันด้านสุขภาพอย่างเสมอภาคและทั่วถึง ประชาชนที่มีสิทธิแตกต่างกันสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน²

การยกระดับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบการดูแลสุขภาพ ให้ความสำคัญกลุ่มโรคที่ป้องกันได้

ความเหมาะสมผลของการใช้ยา การจัดการโรคเรื้อรัง ความเหมาะสมของการใช้บริการ การป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และการป้องกันภาวะพิการที่เป็นภาระระยะยาว ทั้งนี้เพื่อประหยัดทรัพยากรภายในระบบหลักประกันสุขภาพ ลดภาระความจำเป็นในการขยายระบบบริการ พร้อมไปกับยกระดับการเข้าถึงและคุณภาพของการดูแลสุขภาพที่ประชาชนได้รับและเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลของตนเอง³

นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มขยายประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ประชุมรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการรับฟังข้อเสนอในการพัฒนาเพิ่มขยายสิทธิประโยชน์ด้านความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ⁴

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถือเป็นวิกฤติการณ์ทางสุขภาพและสังคม ซึ่งการป่วยด้วยโรค NCDs โดยเฉพาะโรคเบา

หวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งเป็นภาระโรคของประชากรทั่วโลกและประเทศไทย¹ และประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2564 ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากร²

จากการพัฒนาระบบสุขภาพในการเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการ การบริหารระบบหลักประกันให้ประชาชนที่มีสิทธิแตกต่างกันสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและสถานการณการเจ็บป่วย อีกทั้งโครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนไป ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนและเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจึงมีศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558 - 2562

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ในการพัฒนาการบริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ในแต่ละกลุ่มวัยและประเภทของบริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center - HDC) บนเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบจัดเก็บข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยสถิติที่ใช้ คือ ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 การใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	คน	ครั้ง	ครั้ง : คน
2558	1,662,890	7,003,720	4.21
2559	1,635,475	7,404,389	4.53
2560	1,623,879	7,760,080	4.78
2561	1,340,076	6,201,974	4.63
2562	1,591,988	7,023,360	4.41

จากตารางที่ 1 การใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป พบว่า จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 7,003,720 ครั้ง ในปี 2558 เป็น 7,023,360 ครั้ง ในปี 2562 ซึ่งมีจำนวน มากที่สุด 7,760,080 ครั้ง ในปี 2560 และมีจำนวนน้อย ที่สุด 6,201,974 ครั้ง ในปี 2561 โดยอัตราการให้บริการผู้ ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจาก 4.21 ครั้งต่อคน ในปี 2558 เป็น 4.41 ครั้งต่อคน ในปี 2562

ตารางที่ 2 การใช้บริการผู้ป่วยใน จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	คน	วันนอน	วันนอน:คน
2558	141,628	560,509	3.96
2559	146,739	560,389	3.82
2560	150,483	569,267	3.78
2561	145,975	520,023	3.56
2562	148,686	532,630	3.58

จากตารางที่ 2 การใช้บริการผู้ป่วยใน พบว่า จำนวน การใช้บริการผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 141,628 คน ในปี 2558 เป็น 148,686 คน ในปี 2562 โดยอัตราการให้บริการผู้ป่วย ใน ลดลงจาก 3.96 วันนอนต่อคน ในปี 2558 เป็น 3.58 วัน นอนต่อคน ในปี 2562

ตารางที่ 3 การใช้บริการผู้ป่วยนอกจิตเวช จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	คน	ครั้ง	ครั้ง:คน
2558	56,289	158,380	2.81
2559	65,546	178,649	2.73
2560	95,350	219,134	2.30
2561	87,430	187,095	2.14
2562	131,226	303,863	2.32

จากตารางที่ 3 การใช้บริการผู้ป่วยจิตเวช พบว่า จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้นจาก 158,380 ครั้ง ในปี 2558 เป็น 303,863 ครั้ง ในปี 2562 โดยอัตราการใช้ บริการผู้ป่วยจิตเวช ลดลงจาก 2.81 ครั้งต่อคน ในปี 2558 เป็น 2.32 ครั้งต่อคน ในปี 2562

ตารางที่ 4 การใช้บริการผู้ป่วยนอกทางทันตกรรม จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	คน	ครั้ง	ครั้ง : คน
2558	303,993	542,792	1.79
2559	335,812	580,571	1.73
2560	379,343	621,375	1.64
2561	330,214	514,481	1.56
2562	321,120	499,228	1.55

จากตารางที่ 4 การใช้บริการผู้ป่วยทางทันตกรรม พบว่า จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทางทันตกรรม ลดลง จาก 542,792 ครั้ง ในปี 2558 เป็น 499,228 ครั้ง ในปี 2562 โดยอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกทางทันตกรรม ลดลงจาก 1.79 ครั้งต่อคน ในปี 2558 เป็น 1.55 ครั้งต่อคน ในปี 2562

ตารางที่ 5 การใช้บริการการแพทย์แผนไทย จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	บริการแพทย์แผนไทย(ครั้ง)	ร้อยละ ของผู้ป่วยนอกทั่วไป
2558	534,756	16.15
2559	559,840	15.81
2560	665,786	18.40
2561	770,721	25.38
2562	751,236	22.67

จากตารางที่ 5 การใช้บริการการแพทย์แผนไทย พบว่า จำนวนการใช้บริการการแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น จาก 534,756 ครั้ง ในปี 2558 เป็น 751,236 ครั้ง ในปี 2562 โดยร้อยละของผู้ป่วยนอกทั่วไปได้รับการ การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.15 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 22.67 ในปี 2562

ตารางที่ 6 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	หญิงตั้งครรภ์	ได้รับการฝากครรภ์	ร้อยละ
2558	5,742	3,684	64.16
2559	5,451	4,010	73.56
2560	4,969	4,199	84.50
2561	4,071	3,566	87.60
2562	3,570	3,281	91.90

จากตารางที่ 6 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ พบว่า มีความครอบคลุมการได้รับบริการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.16 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 91.90 ในปี 2562

ตารางที่ 7 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	หญิงหลังคลอด	ได้รับการดูแล	ร้อยละ
2558	5,794	2,726	47.05
2559	5,505	3,047	55.35
2560	4,956	3,584	72.32
2561	3,902	3,200	82.01
2562	3,746	3,186	85.05

จากตารางที่ 7 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ พบว่า มีความครอบคลุมการได้รับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.05 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 85.05 ในปี 2562

ตารางที่ 8 เด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG, HBV1, DTP-HBV3 จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	เด็กอายุครบ 1 ปี	BCG	HBV1	DTP-HB3
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
2558	10,475	8,888 (84.85)	9,381 (89.56)	9,021 (86.12)
2559	9,706	9,085 (93.60)	9,174 (94.52)	9,035 (93.09)
2560	9,137	8,730 (95.55)	8,798 (96.29)	8,698 (95.20)
2561	8,996	8,061 (89.61)	8,047 (89.45)	8,022 (89.17)
2562	8,065	7,799 (96.70)	7,796 (96.66)	7,719 (95.71)

จากตารางที่ 8 เด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG, HBV1, DTP-HBV3 พบว่า มีความครอบคลุมการได้รับบริการ ในปี 2562 คือ ร้อยละ 96.70, 96.66 และ 95.71 ตามลำดับ ซึ่งการได้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 9 เด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีนโปลิโอ3, MMR1, IPV จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	เด็กอายุครบ 1 ปี	โปลิโอ3	MMR1	IPV
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
2558	10,475	9,029 (86.20)	8,814 (84.14)	110 (1.05)
2559	9,706	9,042 (93.16)	9,007 (92.80)	1,984 (20.44)
2560	9,137	8,700 (95.22)	8,678 (94.98)	8,429 (92.25)
2561	8,996	8,016 (89.11)	7,916 (87.99)	8,014 (89.08)
2562	8,065	7,704 (95.52)	7,561 (93.75)	7,687 (95.31)

จากตารางที่ 9 เด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน โปลิโอ 3, MMR1, IPV พบว่า มีความครอบคลุมการได้รับบริการ ในปี 2562 คือ ร้อยละ 95.52, 93.75 และ 95.31 ตามลำดับ ซึ่งการได้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 10 การคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	เด็กอายุ 0-5 ปี	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
2558	44,805	242	0.54
2559	41,865	8,581	20.50
2560	39,150	36,262	92.62
2561	37,842	31,898	84.29
2562	35,443	34,332	96.87

จากตารางที่ 10 การคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่า มีความครอบคลุมการคัดกรอง ในปี 2562 คือ ร้อยละ 96.87 ซึ่งการคัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 11 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ
2558	53,150	25.53
2559	41,027	19.71
2560	48,512	23.31
2561	35,275	16.66
2562	45,442	21.65

จากตารางที่ 11 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อายุ 30 – 60 ปี พบว่า มีความครอบคลุม การคัดกรอง มาก ที่สุดร้อยละ 25.53 ในปี 2558 น้อยที่สุดร้อยละ 16.66 ในปี 2561

ตารางที่ 12 ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2558-2562

ปีงบประมาณ	ประชากร 35 ปีขึ้นไป	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
2558	441,127	374,374	84.87
2559	444,679	391,929	88.14
2560	447,034	409,381	91.58
2561	451,273	386,622	85.67
2562	436,060	418,433	95.96

ในการบริการอนามัยแม่และเด็ก ด้านการฝากครรภ์ การบริการวัคซีนให้แก่เด็ก การคัดกรองพัฒนาการเด็ก การคัดกรองสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การคัดกรองสุขภาพในผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น มาจากการพัฒนาการให้บริการในหน่วยบริการ และมีการติดตามกำกับตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน อีกทั้ง การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นเมื่อมีการจัดบริการ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เป็นไปตามสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ควรพัฒนาการให้บริการด้านทันตกรรม โดยจัดบริการช่วงเวลานอกเวลาราชการ การให้บริการเชิงรุกลงในพื้นที่ห่างไกล และสนับสนุนส่งเสริมด้านงบประมาณ พร้อมทั้งการกระจายบุคลากรให้ทั่วถึงแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาค้างข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC) ที่มีการพัฒนาระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่องและทำให้สะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). **คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว.** (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2562.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). **รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561.** นนทบุรี : บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิง จำกัด.
3. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้านคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ และคณะกรรมการจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ. (2559). **รายงานแนวทางการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ ระยะเวลาที่ 1.**
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **ความมั่งคั่ง 360 องศา ประชาพิจารณ์งานหลักประกันสุขภาพ.** กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอพีริ้น.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม

The Development Strategy of District Health Board On Principles of Team Learning

นันทศักดิ์ เศษสุวรรณ*

Nantasak Satsuvan

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

Receive : October 28,2019 ; Revised : November 12, 2019 ; Accepted : November 29,2019

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนากลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม และประเมินประสิทธิผลกลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การดำเนินการวิจัยมี 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการพัฒนากลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม ระยะที่สองเป็นการนำกลยุทธ์ไปทดลองใช้แล้วประเมินประสิทธิผล โดยทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะ แบบสังเกตพฤติกรรมการทำงานและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (66.7%) อายุเฉลี่ย 41.90 ปี (SD = 8.78) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (57.1%) กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน คือ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นรายบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตัดสินใจ การประยุกต์ใช้ความรู้และกระบวนการเรียนรู้ไปใช้และการประเมินผล หรือ PISAE Model และหลังการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ มีคะแนนการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้น ($p = .0001$) และมีคะแนนพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมค่อนข้างมาก ($M = 4.23, SD = 0.03$) (95% CI = 4.16-4.29)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากลยุทธ์การพัฒนาการทำงานเป็นทีมส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งกระบวนการและพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกลยุทธ์ไปใช้ในการพัฒนากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

คำสำคัญ : กลยุทธ์การพัฒนา ; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ; หลักการเรียนรู้เป็นทีม

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ABSTRACT

Purpose : To develop strategies for development of district health board on principles of team Learning, and to assess effectiveness of development of district health board on principles of team Learning.

Design : Research and development research.

Material and Methods : This was conducted two phases; The first phase was developed of district health board on principles of team Learning, and twenty one of district health board were included strategy implemented and evaluation of effectiveness by using the trial. Data were collected by performance assessment questionnaire, behavioral observation questionnaire and interview questionnaire. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and compare teamwork using statistics of Wilcoxon signed rank test.

Main findings : Majority of sample were male (66.7%), with an mean age of 41.90 years (SD = 8.78) and graduated with a bachelor's degree (57.1%). The development strategy of district health board on principles of team Learning on principles of teamwork consists of 5 steps of learning process which were to set goals and plan for learning, individualized learning sharing knowledge and making decisions, applying knowledge and learning processes to use and evaluation or PISAE Model, and after the development of district health board on principles of team Learning had higher teamwork scores ($p = .0001$) and quite a lot of team behavior learning behavior ($M = 4.23, SD = 0.03$) (95% CI=4.16-4.29)

Conclusion and recommendations : The results of this study suggest that teamwork development strategies have affected target group by both process and learning behavior as a team. Therefore, relevant agencies should adopt strategies to develop target groups in area.

Keywords : Strategy ; District Health Board ; Team Learning

บทนำ

จากรายงานการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 รอบ 12 เดือนของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน พบปัญหาสาธารณสุขระดับพื้นที่ที่สำคัญ คือ เด็กวัยสุขภาพดีมีส่วน (64.65%) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (18.66%) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ (21.59%) อัตราการฆ่าตัวตาย (8.71%) ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ EGFR < 4 ml/min/1.73 m²/yr (60.35%) และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (22.50%)¹ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากขาด

การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ขาดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ปัญหาที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ดื่มสุรา พักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตามมา เช่น การใช้ความรุนแรงในครอบครัว การตั้งครุฑ การทำแท้ง สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน อาศัยการบูรณาการเชื่อมโยงด้านความร่วมมือของทุกๆ หน่วยของสังคม

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ดังการพัฒนากลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้านในจังหวัดกำแพงเพชรที่ใช้การวิจัยสำรวจเพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้าน การวิจัยเพื่อพัฒนากลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้านดำเนินการวิจัย แบ่งเป็นการศึกษากลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จ โดยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวิเคราะห์ SWOT Analysis และจัดทำร่างกลยุทธ์การพัฒนาการจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้าน การจัดการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบกลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชน การวิจัยเพื่อประเมินกลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ ด้วยแบบประเมินกลยุทธ์²

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนากลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของกลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนากลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ศึกษา สํารวจ วิเคราะห์ ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาตนเองของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานสมรรถนะการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดสมรรถนะการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการศึกษา สํารวจ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลด้านความต้องการจำเป็นในการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพกลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม

ระยะที่ 2 การทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลกลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม มีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการเพื่อทดลองใช้กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม โดยการเตรียมการเพื่อพัฒนาสมรรถนะ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม และการเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิผลของกลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม ก่อนนำกลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมไปทดลองใช้มีการวางแผนและพัฒนาเครื่องมือสำหรับเก็บ

รวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิผลของกลยุทธ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บข้อมูลจากการทดลองใช้กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม ประกอบด้วย เครื่องมือสำหรับแบบประเมินการทำงานเป็นทีมและแบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงาน

2. การพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) การสร้างแบบประเมินการทำงานเป็นทีม เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า (Rating scales) แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของลำเทียน เผ่าอาจ ที่ได้ศึกษาเรื่อง การทำงานเป็นทีมของข้าราชการครูในโรงเรียนขยายโอกาสอำเภอเมืองตราด สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตราด³ วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item discrimination) ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.62-0.88 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค⁴ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นแบบสำรวจรายการเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมโดยสังเคราะห์ตัวแปรได้การทำงานเป็นทีม จำนวน 6 ด้าน 1) การมีปฏิสัมพันธ์ 2) การสื่อสารอย่างเปิดเผย 3) การมีส่วนร่วม 4) การมีเป้าหมายเดียวกัน 5) ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และ 6) การยอมรับ ลักษณะแบบสอบถามมีลักษณะแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ แล้วนำผลวิเคราะห์ไปแปลผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษาวิจัย การแปลความหมายของคะแนน โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย เป็นตัวชี้วัด โดยกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. (2535: 23-24) มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2) แบบสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของสายพิน สีหรัักษ์⁵ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้เป็นทีม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน ภาควิชาหลักสูตร การสอนและเทคโนโลยีการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีม สังเกตโดยผู้วิจัยจำนวน 25 ข้อ แบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของแบบประเมินในแต่ละฉบับ กำหนดดังนี้

4.50 - 5.0 หมายถึง พฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมมาก

3.50 - 4.49 หมายถึง พฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมค่อนข้างมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง พฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมปานกลาง

1.50 - 2.49 หมายถึง พฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมค่อนข้างน้อย

0.50 - 1.49 หมายถึง พฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมน้อย

0 - 0.49 หมายถึง พฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมน้อยที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ที่มีกลุ่มเดียวและมีการทดสอบก่อนและหลังการพัฒนา (Pretest-posttest control group design) ซึ่งมีแบบแผนการทดลอง ดังนี้

ตารางที่ 3 แบบแผนการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง	การวัดก่อนการพัฒนา	ตัวแปรจัดกระทำ	การวัดหลังการพัฒนา
กลุ่มทดลอง (E)	O1	X	O2

E คือ กลุ่มทดลอง
O1 คือ ผลที่วัดได้ก่อนการพัฒนา
O2 คือ ผลที่วัดได้หลังการพัฒนา
X คือ กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการฯ ตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง มีดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อขออนุญาตนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 21 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

2. การดำเนินการพัฒนาและการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินการก่อนการทดลอง ก่อนการใช้กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ผู้วิจัยให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกลุ่มทดลองทำแบบประเมินก่อนการพัฒนาคะแนนที่ได้จากผลการทดสอบนี้ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เพื่อต้องการทราบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำงานเป็นทีมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไรมีระดับความมีนัยสำคัญหรือไม่ เพื่อนำผลการทดสอบมากำหนดวิธีวิเคราะห์ทางสถิติที่เหมาะสมต่อไป และการดำเนินการขณะทดลองผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสอนทั้งกลุ่มทดลอง โดยที่กลุ่มทดลองเรียนด้วยกลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีม 5 ครั้งๆ ละ 1 วัน คาบเรียนละ 3 ชั่วโมง ที่ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน และองค์การบริหารส่วนตำบล

3. ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนากลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการสอนตามขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอนตามหลักการ

เรียนรู้เป็นทีม ประกอบด้วย การเตรียมการและการวางแผนการเรียนรู้ผู้วิจัยเป็นผู้วางแผนการจัดการเรียนรู้โดยการเตรียมการด้าน 1) ด้านเนื้อหาสาระที่จะเรียนรู้ 2) ด้านทักษะกระบวนการ และ 3) การจัดผู้เรียนเข้าทีม และขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผนเรียนรู้ร่วมกัน การศึกษาเรียนรู้เป็นรายบุคคล และทดสอบความรู้ความเข้าใจเป็นรายบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตัดสินใจร่วมกัน การประยุกต์ความรู้และกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ โดยนำแนวคิดของเนื้อหาสาระไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ และฝึกทักษะประยุกต์ความรู้ไปใช้ทำชิ้นงาน/โครงการ และการประเมินผลการเรียนรู้เป็นทีม

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมของสมาชิกในทีม และ แบบสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีม โดยผู้วิจัย ส่วนที่สอง เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งได้มาจากข้อมูลการเขียนตอบคำถามในกิจกรรมการเรียนรู้และข้อมูลจากบันทึกการเรียนรู้

5. การวิเคราะห์ผลการทดลองใช้กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินการเรียนรู้เป็นทีม และเปรียบเทียบคะแนนจากการประเมินก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และศึกษาคะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมที่ประเมินโดยผู้วิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 หมายเลขใบรับรอง COE0912561

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (66.7%) อายุเฉลี่ย 41.90 ปี (SD = 8.78) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (57.1%) 2) กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมประกอบด้วย

กระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน คือ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนเรียนรู้ (Purpose of planning) การเรียนรู้เป็นรายบุคคล (Individual) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตัดสินใจ (Sharing) การประยุกต์ความรู้และกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ (Applied) และการประเมินผล (Evaluate) หรือ PISAE Model และประสิทธิผลของกลยุทธ์ฯ พบว่า หลังการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ มีคะแนนการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้น ($p = .0001$) และมีคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมค่อนข้างมาก ($M = 4.23, SD = 0.03$) (95% CI = 4.16-4.29) (ดังปรากฏในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนการทำงานเป็นทีม ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 21)

ชื่อตัวแปร	Median ของผลต่าง	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
		95%CI ของ Median ผลต่าง	p
การทำงานเป็นทีม	1.55	1.19-1.82	.0001*

* $p < .05$

การวิจารณ์

กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการกำหนดเป้าหมายและวางแผนเรียนรู้ (Purpose of planning) การเรียนรู้เป็นรายบุคคล (Individual) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และตัดสินใจ (Sharing) การประยุกต์ความรู้และกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ (Applied) และการประเมินผล (Evaluate) หรือ PISAE Model ในทำนองเดียวกับการพัฒนากลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้านในจังหวัดกำแพงเพชรที่ใช้การวิจัยสำรวจเพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้าน การวิจัยเพื่อพัฒนากลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้านดำเนินการวิจัย แบ่งเป็นการศึกษากลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้านที่ประสบผลสำเร็จ โดยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เรื่อง การวิเคราะห์ SWOT

Analysis และจัดทำร่างกลยุทธ์การพัฒนาการจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้าน การจัดการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อตรวจสอบกลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชน การวิจัยเพื่อประเมินกลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ด้วยแบบประเมินกลยุทธ์ 2 ; การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยศึกษาสภาพ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างประสิทธิผลในปฏิบัติงาน การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างประสิทธิผลในปฏิบัติงาน โดยการศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี และการประเมินกลยุทธ์ 6 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลยุทธ์เป็นเครื่องมือสำคัญของนักบริหารงานสาธารณสุขสมัยใหม่เพราะการจัดการเชิงกลยุทธ์จะเกี่ยวข้องกับอนาคตในระยะยาวขององค์กรทั้งหมด จะนำไปสู่การเพิ่มโอกาสของความสำเร็จและความล้มเหลวขององค์กรได้และความท้าทายของการจัดการเชิงกลยุทธ์อยู่การศึกษาวิเคราะห์และประเมินสภาพการณ์ เพื่อการ

วางแผนและผลักดันกลยุทธ์ไปสู่เป้าหมาย ซึ่งลักษณะสำคัญของการจัดการเชิงกลยุทธ์ คือ เป็นการบริหารที่มุ่งเน้นถึงอนาคต (Future - Oriented) เป็นการบริหารที่มุ่งเน้นการจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์การ (Change-Oriented) เป็นการบริหารองค์การแบบองค์รวม (Holistic Approach) เป็นการบริหารองค์การที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ในการดำเนินงาน (Result - Based Focus) เป็นการบริหารที่ให้ความสำคัญต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์การ (Stakeholder - Oriented) และเป็นการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการวางแผนระยะยาว (Long - Range Planning)⁷ อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Knowles⁸ การเรียนรู้ของผู้ใหญ่เป็นศาสตร์และศิลป์ในการสอนผู้ใหญ่ (the art and science of teaching adults) นั้นวิทยากรจะไม่ใช่ผู้บรรยายฝ่ายเดียว แต่จะมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ รวมไปถึงทักษะ พฤติกรรม ค่านิยมและทัศนคติ ช่วยในการวิเคราะห์ความต้องการวิเคราะห์ปัญหา ช่วยผู้เรียนวางวัตถุประสงค์และออกแบบสร้างประสบการณ์ เพื่อการเรียนรู้จัดอุปกรณ์การเรียน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศที่จะอำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนได้บรรลุถึงความสำเร็จในการเรียน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงได้กลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หลังจากที่ผู้วิจัยได้นำกลยุทธ์การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แล้วประเมินประสิทธิผล พบว่า หลังการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ มีคะแนนการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมการเรียนรู้เป็นทีมค่อนข้างมาก ได้ผลเช่นเดียวกับการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดพะเยา จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล อำเภอ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรภาคีเครือข่ายเป็นทีมระดับอำเภอ ถอดบทเรียนจากการเรียนรู้แก้ไขปัญหาในพื้นที่ (Context Base Learning) ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม (PAR : Participatory Action Research) มีการขับเคลื่อนกระบวนการการพัฒนา

ภาพรวมอยู่ระดับขั้นได้ขั้น 3 คือ การวิเคราะห์ข้อมูลนำมาใช้ในการวางแผนงานโครงการ การพัฒนาบุคลากรและจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาเพื่อดูแลสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการของภาคีเครือข่ายระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ ส่งเสริมการเรียนรู้การแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพที่จำเป็น (Essential Care) สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ดำเนินการตามโครงการขับเคลื่อนทั้งอำเภอหนึ่งโครงการ หนึ่งอำเภอโดยชุมชน เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) สนับสนุนงบประมาณและบูรณาการงานพื้นที่(Resource Sharing) ทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร(Human Development) นำข้อมูลมาวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ

จากการนำประเด็นปัญหาและการพัฒนาในพื้นที่รับผิดชอบในทุกอำเภอมาเป็นการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (Fammed) การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพในครอบครัว และชุมชน (Home Ward, Home Care) การศึกษาดูงานแลกเปลี่ยน สัจจะระหว่างพื้นที่อำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care : PCA)⁹ ดังนั้น จึงเกิดเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าประเด็นเหล่านี้มีคะแนนทักษะการทำงานเป็นทีมต่ำ ดังนั้น ควรมีการปรับปรุง เช่น ด้านการมีปฏิสัมพันธ์คณะกรรมการฯ ควรมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน การสื่อสารอย่างเปิดเผย คณะกรรมการฯ ควรมีการอภิปรายแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างได้อย่างเปิดเผย การมีส่วนร่วมควรมีการประเมินผลงานทำงานต่อกันได้อย่างอิสระ การมีเป้าหมายเดียวกัน ยอมรับความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ควรมีอิสระในการทำงานที่รับผิดชอบและการยอมรับนับถือการให้การยอมรับเหตุผลของกันและกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายอำเภอจตุรพักตรพิมาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่สนับสนุนการทำงานเป็นทีมครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอจตุรพักตรพิมาน (พขอ.) ที่เสียสละเวลาเข้ามาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานทุกขั้นตอน และขอขอบพระคุณประชาชนอำเภอจตุรพักตรพิมาน ทุกท่านที่ร่วมกันทำงานเป็นทีม

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน. (2561). รายงานผลการปฏิบัติราชการตามยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2561. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.
- ประภัสร์ อ่อนฤทธิ์, รัชณี นิธการและขวัญดาว แจ่มแจ่ม. การพัฒนากลยุทธ์การจัดทำแผนชุมชนของหมู่บ้านในจังหวัดกำแพงเพชร. การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15. 23 กรกฎาคม 2558 ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- ลำเทียน เผ่าอาจ .(2559). การทำงานเป็นทีมของข้าราชการครูในโรงเรียนขยายโอกาสอำเภอเมืองตราด สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตราด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Cronbach, L. J. (1990). **Essentials of psychological testing** (5th ed.). New York : Harper Collins Publishers. (pp.202-204)
- สายพิน สีหรักษ์. (2551). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามหลักการเรียนรู้เป็นทีมเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้เป็นทีม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน ภาควิชาหลักสูตร การสอนและเทคโนโลยีการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เอกพงษ์ เกยงค์, ทวนทอง เขาวงกิตพิงค์ และกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด. การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. **วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม**.13 (1): มกราคม-มิถุนายน 2562 ; 52-68.
- วรางคณา ผลประเสริฐ .(2554). **การจัดการเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาล**. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 58708 สาขาวิชาศาสตร์สุขภาพ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Knowles, M.S.(1980). **The modern practice of adult education : Andragogy versus pedagogy**. Englewood Cliffs, N. J. : Prentice Hall/Cambridge.
- สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี. การมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดพะเยา . **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา**. 15(3) : กันยายน-ธันวาคม 2557; 69-81.

รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ
อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด
Leadership Development Model
for District Health Board Phon Sai District, Roi-Et

สมพงษ์ สุดขันธ์*

Sompong Sukkhan

Corresponding author : E-mail : phonsai_it1@hotmail.com

Receive : October 23,2019 ; Revised : November 14, 2019 ; Accepted : November 29,2019

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research design)

วิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอโพธาราย 21 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) 9 คน ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบสำรวจความต้องการจำเป็น และแบบประเมินการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัย : กระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ แบ่งเป็น 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาความต้องการจำเป็น 2) การประสาน 3) เตรียมทีมงานวิจัย 4) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) การจัดทำแผนพัฒนา 6) การปฏิบัติตามแผน 7) ประชุมติดตาม 8) การสังเกตการณ์ 9) การนิเทศ ติดตามและประเมินผล และ 10) สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคณะกรรมการฯ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้นำเพิ่มขึ้น ($p = .001$) และการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพิ่มขึ้น ($p = .042$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ทีมผู้นำที่เข้าใจบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ กำหนดเป้าหมายชัดเจน กล้าและนำการเปลี่ยนแปลงอย่างเข้มแข็งร่วมกับบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ภาวะผู้นำ ; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ABSTRACT

Purposes : To develop and to assess the effectiveness leadership development model for District Health Board Phon Sai District, Roi-Et.

Design : Action research design.

Materials and Methods : This study included participants with District Health Board (N = 21 participants), Director of Health Promoting Hospital (N=5 participants), and District Health Coordinating Committee (N=9 participants), developed between October 2018 to September 2019. The instruments used in development were leadership District Health Board of model. Data were collected by using tests, needs assessment survey and the assessment form for development of district health system. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon signed rank test .

Main findings : The process of leadership development model for District Health Board Phon Sai District were divided into 10 steps; 1) Needs assessment 2) Co-ordination 3) Research team preparation 4) Workshop arrangement 5) Preparation development plan 6) Implementation 7) Follow-up meetings 8) Observations 9) Supervision, monitoring and evaluation, and 10) Conclusion and exchange of learning. District Health Board Phon Sai District were an increased knowledge and understanding about leadership ($p = 0.001$) and developed of district health systems ($p = 0.042$).

Conclusion and recommendations : This study have success factors which are the leadership team who understand the context and problems of area, set a goals and change together with continuous integration of health partners in area.

Keywords : Leadership; District Health Board

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิด “ระบบสุขภาพอำเภอ” มาขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพตามบริบทพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เป็นกลไกในการขับเคลื่อนจนถึงปัจจุบัน ได้มีการปรับเปลี่ยนสู่ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ได้ทำข้อตกลงความร่วมมือ เพื่อการพัฒนาและขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพความเป็นอยู่ และสุขภาพของประชาชนในอำเภอ เป็นมิติใหม่ของการปฏิรูปสู่ Thailand 4.0 และสร้างความร่วมมือให้บรรลุยุทธศาสตร์ชาติ ในหลาย ด้าน ซึ่งหลักการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นการสร้างความร่วมมือของ

หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนในอำเภอในการดูแล สุขภาวะ ทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2560 เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อน พร้อมทั้งศึกษากายภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มีสมรรถนะภาวะผู้นำ สมรรถนะการบริหารจัดการ การสร้างความร่วมมือในการทำงาน มีความเข้าใจในปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสามารถมองภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้โดยมีทักษะในการรับฟังและยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในทีมและการแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนระหว่างกลุ่ม ซึ่งจะสามารถจัดการกับความขัดแย้ง สามารถแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และประสานงานให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้¹

จากรายงานการปฏิบัติราชการตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของอำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด ได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตการดำเนินงานในการพัฒนา และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน สู่วิถีความสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ให้มีความมั่นคงและยั่งยืน ส่งเสริมคุณค่าและสร้างความเป็นธรรมในสังคม ให้ความสำคัญกับระบบบริการที่ประชาชนเข้าถึงง่ายในลักษณะ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” การสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองของประชาชน เพื่อสร้าง “พลเมือง” ให้มีทักษะ(Hand) มีปัญญา (Head) มีสุขภาพ(Health) และมีคุณธรรมจริยธรรม (Heart) บนพื้นฐานการมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์นั่นเอง

แต่ผลการดำเนินงานดังกล่าวพบว่า อัตราส่วนการตายมารดา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 – 2560 มีอัตราส่วนเท่ากับ 10.94, 11.22, 18.72, 13.34 และ 0.00 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2561 ไตรมาส 1 และ 3 มีอัตราส่วน 48.88 และ 20.25 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ โดยสาเหตุการตายเกิดจาก Cardiomyopathy ซึ่งเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางอายุรกรรม และเกิดหลังคลอดบุตร 30 วัน โดยมารดาฝากครรภ์ และคลอดบุตรนอกพื้นที่บริการและส่งต่อมารดาไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น 1 ราย สาเหตุเกิดจาก HELLP syndrome with Ruptured Liver เป็นภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ แต่ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ในปี 2558- 2560 ร้อยละ 31.00, 27.70 และ 82.60 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2561 ไตรมาสที่ 1 และ 3 ร้อยละ 83.32 และ 87.99 ตามลำดับ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ปี 2558 -2560 ร้อยละ 28.27, 34.69 และ 70.41 ตามลำดับ ไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 3 งบประมาณ 2561 ร้อยละ 73.07 และ 80.11 ตามลำดับ ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ในปี 2558 – 2560 ร้อยละ 41.72, 48.57

และ 65.57 ตามลำดับ ส่วนปีงบประมาณ 2561 ไตรมาสที่ 1 และ 3 ร้อยละ 71.28 และ 81.82 ตามลำดับ และร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ปี 2558 - 2560 ร้อยละ 18.89, 11.88 และ 12.44 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2 และปัญหาการดำเนินงาน พชอ.ที่พบคือ ระบบข้อมูลของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่ขาดความเชื่อมโยงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของพื้นที่เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาหรือติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ผู้นำ หรือ Key Actor ทีมเครือข่ายสุขภาพอำเภอข้ามสายงานหรืออยู่นอกกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และมีความเข้าใจในระบบสุขภาพอำเภอมากขึ้น และขาดภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอฯ และเสนอให้มีระบบฐานข้อมูลภายในอำเภอ ฐานข้อมูลแบบเครือข่าย (Network Database) สำหรับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภายในพื้นที่

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอโพธารายขึ้น เพื่อพัฒนาประสิทธิผลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอโพธารายขึ้น โดยมีคำถามวิจัยว่า รูปแบบและประสิทธิผลของการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด นั้นเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา(Inclusion Criteria) แบ่ง

เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในอำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง ท้องถิ่นอำเภอ นายกเทศมนตรีตำบลโพธาราย นายกองค้การบริหารส่วนตำบลผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 21 คน 2) กลุ่มเครือข่ายสุขภาพและนักวิจัย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จำนวน 9 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในอำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด และเป็นเครือข่ายสุขภาพและนักวิจัย ตามเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 26 คน ได้มาจากเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อำเภอโพธาราย จากกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและนักวิจัย 2) สามารถเข้าร่วมโครงการฯ ได้จนถึงสิ้นสุดโครงการ และ 3) ได้รับการแต่งตั้งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ย้ายภูมิลำเนาหรือลาออกจากการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ระหว่างที่ดำเนินการการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ รูปแบบการพัฒนากฎหมายผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ 2) เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสำรวจความต้องการจำเป็น แบบทดสอบ และแบบประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

2. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยดังนี้

ฉบับที่ 1 แบบวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสม

ฉบับที่ 2 แบบสำรวจความต้องการจำเป็น พัฒนามาจากงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพัฒนากฎหมายผู้นำของผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาของเพลินใจ พลกษชาติรัตน์³ วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 65 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามคะแนนระดับความคาดหวังและคะแนนระดับการปฏิบัติ เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ

การแปลความหมายมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

5 หมายถึง พฤติกรรมผู้นำที่คาดหวังมากที่สุด และเป็นพฤติกรรมผู้นำที่ปฏิบัติมากที่สุด

4 หมายถึง พฤติกรรมผู้นำที่คาดหวังมาก และเป็นพฤติกรรมผู้นำที่ปฏิบัติมาก

3 หมายถึง พฤติกรรมผู้นำที่คาดหวังปานกลางและเป็นพฤติกรรมผู้นำที่ปฏิบัติปานกลาง

2 หมายถึง พฤติกรรมผู้นำที่คาดหวังน้อยและเป็นพฤติกรรมผู้นำที่ปฏิบัติน้อย

1 หมายถึง พฤติกรรมผู้นำที่คาดหวังน้อยที่สุดและเป็นพฤติกรรมผู้นำที่ปฏิบัติน้อยที่สุด

เพื่อให้ความคิดเห็นและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง ตลอดจนการใช้ภาษา ได้คัดดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แสดงว่าแบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหาทุกข้อ

ฉบับที่ 3 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้นำ

1) วิเคราะห์จุดประสงค์เนื้อหาวิชาและทำตารางกำหนดลักษณะข้อสอบขั้นแรก โดยการวิเคราะห์หัววิชาหรือหัวข้อที่สร้างข้อสอบวัดผลนี้มีจุดประสงค์ของการสอนหรือจุดประสงค์การเรียนรู้อะไรบ้างการวิเคราะห์เนื้อหาวิชาว่ามีโครงสร้างอย่างไรจัดเขียนหัวข้อใหญ่หัวข้อย่อยทุกหัวข้อพิจารณาความเกี่ยวข้องความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหาเหล่านั้น จากนั้นก็จัดทำตารางกำหนดลักษณะข้อสอบหรือที่เรียกว่าตารางวิเคราะห์หลักสูตรตารางนี้มี 2 มิติคือด้าน

เนื้อหาเกี่ยวกับสมรรถภาพที่ต้องการวัดเขียนหัวข้อเนื้อหาที่เป็นหัวข้อเรื่องใหญ่ๆ ตามหลักสูตรวิชานั้นลงไปในแต่ละแถวของตารางตามลำดับส่วนด้านบนจะเป็นสมรรถภาพซึ่งได้จากการวิเคราะห์จุดประสงค์และในการทำตารางกำหนดลักษณะของข้อสอบนั้นขั้นแรกพิจารณาว่าจะออกข้อสอบทั้งหมดกี่ข้อเขียนจำนวนข้อลงในช่องรวมข้อสุดท้ายจากนั้นพิจารณาว่าหัวข้อเรื่องใดสำคัญมากน้อยเขียนลำดับความสำคัญลงไปแล้วกำหนดจำนวนข้อสอบที่จะวัดในแต่ละหัวข้อตามอันดับความสำคัญจากนั้นกำหนดจำนวนข้อในแต่ละช่องจำนวนข้อสอบที่จะวัดในแต่ละช่องขึ้นอยู่กับว่าเรื่องนั้นต้องการให้เกิดสมรรถภาพในด้านใดมากน้อยต่างกันการวิเคราะห์จุดประสงค์ในการสร้างข้อสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแนวความคิดในการวัดที่นิยมกันได้แก่ การเขียนข้อสอบวัดตามการจัดประเภทจุดประสงค์ทางการศึกษาด้านพุทธิพิสัย (Cognitive) ซึ่งจำแนกจุดประสงค์ทางการศึกษาด้านพุทธิพิสัยออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ วัดด้านความรู้ความจำ (Knowledge) วัดด้านความเข้าใจ (Comprehension) วัดด้านการนำไปใช้ (Application) วัดด้านการวิเคราะห์ (Analysis) วัดด้านสังเคราะห์ (Synthesis) และด้านประเมินค่า (Evaluation)

2) กำหนดแบบของข้อคำถามและศึกษาวิธีการเขียนข้อสอบทำการพิจารณาและตัดสินใจว่าจะใช้ข้อคำถามรูปแบบใดศึกษาวิธีการเขียนข้อสอบ หลักการเขียนคำถามสมรรถภาพต่างๆ ศึกษาเทคโนโลยีในการเขียนข้อสอบเพื่อนำมาใช้เป็นหลักในการเขียนข้อสอบ

3) เขียนข้อสอบโดยใช้ตารางกำหนดลักษณะของข้อสอบที่จัดทำไว้ขั้นที่ 1 เป็นกรอบซึ่งจะทำให้สามารถออกข้อสอบวัดได้ครอบคลุมทุกหัวข้อเนื้อหาและทุกสมรรถภาพส่วนรูปแบบและเทคนิคในการเขียนข้อสอบยึดตามที่ได้ศึกษาในขั้นที่ 2 ตรวจสอบข้อสอบนำข้อสอบ โดยพิจารณาทบทวนอีกครั้งหนึ่งโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พิจารณาความถูกต้องตามตารางกำหนดลักษณะข้อสอบหรือไม่ภาษาที่ใช้เขียนมีความชัดเจนเข้าใจง่ายเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ตัวถูกตัวลงเหมาะสมกับเข้ากับหลักเกณฑ์หรือไม่หลังพิจารณาข้อบกพร่องแล้วนำเอาข้อวิจารณ์นั้นมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ได้แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับภาวะผู้นำ จำนวน 20 ข้อ

4) พิมพ์แบบทดสอบฉบับทดลองนำข้อสอบทั้งหมดมาพิมพ์เป็นแบบทดสอบโดยพิมพ์คำชี้แจงหรือคำอธิบายวิธีการทำแบบทดสอบไว้ที่ปกของแบบทดสอบอย่างละเอียดและชัดเจน การจัดพิมพ์รูปแบบให้เหมาะสม

5) ทดลองใช้วิเคราะห์คุณภาพและปรับปรุงนำแบบทดสอบไปทดลองกับกลุ่มที่คล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะสอบจริง ซึ่งมีในเนื้อหาที่จะสอบแล้วนำผลการสอบมาตรวจให้คะแนนทำการวิเคราะห์คุณภาพคัดเลือกเอาข้อที่มีคุณภาพเข้าเกณฑ์ตามจำนวนที่ต้องการถ้าข้อที่เข้าเกณฑ์มีจำนวนมากว่าที่ต้องการก็ตัดข้อที่มีเนื้อหามากกว่าที่ต้องการซึ่งเป็นข้อสอบที่มีอำนาจจำแนกต่ำสุดออกตามลำดับนำเอาผลการสอบที่คิดเฉพาะข้อสอบเข้าเกณฑ์เหล่านั้นมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น พบว่า แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้นำมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR20) เท่ากับ 0.93 ค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.43-0.77 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.39-0.63 และค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.60-1.00

6) พิมพ์แบบทดสอบฉบับจริง นำข้อสอบที่มีอำนาจจำแนกและระดับความยากเข้าเกณฑ์ตามจำนวนที่ต้องการมาพิมพ์เป็นแบบทดสอบฉบับที่จะใช้จริง ซึ่งจะต้องมีคำชี้แจงวิธีทำด้วยและในการพิมพ์นอกจากใช้รูปแบบที่เหมาะสมแล้วควรคำนึงถึงความประณีตความถูกต้อง

ฉบับที่ 4 แบบประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ใช้แบบประเมินตามแนวทาง UCCARE ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁴

การเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของสตริงเจอร์⁵; เบิร์นส์⁶; ครอคแคเรน และสมิธ⁷ มี 3 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหา (Look) : การสร้างภาพรวม ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้เห็นภาพอันนำไปสู่ความเข้าใจ ความชัดเจน การมองเห็น หรือความเข้าใจประเด็นปัญหาโดย

1) การรวบรวมข้อมูล โดยการสำรวจความต้องการ
2) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูล ต้องระบุงค์ประกอบหลักสำคัญ หรือแยก

ประเภท แยกประเด็นให้ชัดเจน รายงานการใช้ประเด็นหลัก เป็นหัวเรื่องประเภทต่างๆ เป็นหัวข้อย่อยและองค์ประกอบย่อยเป็นเนื้อหา

3) การสร้างความสำคัญให้กับทุกฝ่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยอธิบายประเด็นกิจกรรมการวิจัย สถานการณ์/บริษัท ประสบการณ์ และแนวคิดของสมาชิกในกลุ่ม และสื่อสาร เป็นการค้นข้อมูลและสื่อสารกิจกรรมงานวิจัย โดยอาศัยการรายงาน

2. การคิด (Think) : การตีความและการวิเคราะห์ ในขั้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้กระบวนการตีความหมาย ให้นำไปสู่การขยายความ และความเข้าใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนขึ้นต่อปัญหาและระดับลำดับความสำคัญ ก่อนหลังสำหรับการลงมือปฏิบัติ โดย

2.1 การขยายความเข้าใจของสมาชิก โดยการตีความของปัญหา การทบทวนเกี่ยวกับองค์กร และการเชื่อมโยงความคิด

2.2 การวิเคราะห์ปัญหา โดยอาศัยตัวแทนที่มาจากทุกกลุ่มของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการกำหนดสิ่งที่ต้องทำ ทบทวนข้อมูล ขยายความเข้าใจของปัญหา กำหนดลำดับความสำคัญของการกระทำ และสร้างรูปแบบการติดตามแต่ละกิจกรรม

2.3 สร้างการรายงานร่วมกัน โดยเตรียมกลุ่มทำงาน จัดเตรียมอุปกรณ์ สร้างรูปแบบการรายงาน และเขียนรายงาน

3. การดำเนินงาน (ACT): การแก้ไขปัญห ในขั้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการแก้ไขปัญหในทางปฏิบัติ ทั้งนี้รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ดได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พบว่า มีความสมเหตุสมผล และความเป็นไปได้ระหว่าง 0.80-1.00 ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการวิจัย

3.1 วางแผนจัดลำดับความสำคัญ: จัดเรียงสิ่งที่จะกระทำให้เป็นลำดับความสำคัญก่อนหลัง เป้าหมาย : กำหนดสิ่งที่จะกระทำกว้างๆ ให้สอดคล้องกับลำดับของประเด็นปัญหา

1) วัตถุประสงค์ : จัดเรียงสิ่งที่จะกระทำตามเป้า

หมายต่างๆ ที่ตั้งไว้

2) งาน : จัดเรียงลำดับก่อนหลังของงานให้สอดคล้องกับความสำเร็จของแต่ละการกระทำ

3) บุคคล : กำหนดกลุ่มคนที่จะทำงาน เวลา : พิจารณากรอบเวลาที่เหมาะสมที่จะทำให้งานแต่ละงานสำเร็จ

4) แหล่งทรัพยากร : คำนวณวัสดุอุปกรณ์และเงินทุนที่ต้องใช้เพื่อให้งานสำเร็จ

3.2 ดำเนินการ

1) การสื่อสาร : แจ้งให้ทุกฝ่ายทราบถึงกิจกรรมของแต่ละกลุ่ม

2) สร้างขวัญ : ยกย่องชมเชยความพยายามของกลุ่มสมาชิก

3) สะท้อนภาพ : ช่วยสะท้อนปัญหาและความก้าวหน้าให้สมาชิกได้ทราบ

4) ช่วยเหลือ : ช่วยเหลือสมาชิกด้วยความกระตือรือร้น เมื่อพบกับอุปสรรคที่ทำให้งานไม่ก้าวหน้า

5) รูปแบบ : ประยุกต์หลักการดำเนินงานในทฤษฎีกิจกรรม

6) เชื่อมโยง : สร้างการทำงานที่สนับสนุนเชื่อมโยงกันให้เป็นเครือข่ายแต่ละกลุ่มคน

3.3 การประเมิน การทบทวนการวางแผน และประเมินผลที่เกิดของแต่ละกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ดโดยการเปรียบเทียบมัธยฐานของความรู้และการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ก่อนและหลังการพัฒนา เนื่องจากผลการทดสอบการแจกแจงผลต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า $p = .622$ และ $p = .087$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจง

เป็นแบบโค้งปกติ แต่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาจากการคัดสรรแบบสุ่ม (Random Allocation) จึงใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 หมายเลขใบรับรอง COE0922561

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (65.4%) อายุเฉลี่ย

46.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.88 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (26.9%) และรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 34,766.00 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15,751.74 บาท

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ แบ่งเป็น 10 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาความต้องการจำเป็น 2) การประสาน 3) เตรียมทีมงานวิจัย 4) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) การจัดทำแผนพัฒนา 6) การปฏิบัติตามแผน 7) ประชุมติดตาม 8) การสังเกตการณ์ 9) การนิเทศ ติดตาม และประเมินผล และ 10) สรุปผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. คณะกรรมการฯ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้นำเพิ่มขึ้น ($p < .001$) และการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพิ่มขึ้น ($p = .042$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้นำ และการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 26)

ชื่อตัวแปร	Median ของผลต่าง	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
		95%CI ของ Median ผลต่าง	p
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้นำ	7.5	5.5-9.5	<0.001*
การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ	2.4	1.4-2.6	0.042*

*p-value <.05

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนั้นประกอบด้วยขั้นตอนการศึกษาความต้องการจำเป็น การประสาน เตรียมทีมงานวิจัย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนพัฒนา การปฏิบัติตามแผน ประชุมติดตาม การสังเกตการณ์ การนิเทศ ติดตามและประเมินผลและสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองบ้านโป่ง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยกระบวนการวิจัย 3 ขั้นตอนคือการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนารูปแบบ ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การอบรมเชิงปฏิบัติการ

และติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบ⁸; รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมพัฒนาทีม DHS การเยี่ยมเสริมพลัง การสนับสนุนทรัพยากร การตรวจติดตามงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้⁹; กระบวนการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ นโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจนและมีการแปลงนโยบายในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกัน การสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง สร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน¹⁰; กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมบริหารจัดการในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ คือ การศึกษาบริบท การประสาน เตรียมทีมงานวิจัย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนพัฒนารูปแบบ การปฏิบัติตามแผน ประชุมติดตาม การสังเกตการณ์ การนิเทศติดตาม การประเมินผล การเปรียบเทียบผลการพัฒนาและการสรุปผลการดำเนินงาน¹¹

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาสุขภาพระดับชุมชน ประกอบด้วย การสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพชุมชน การดำเนินการตามนโยบาย และการติดตาม ประเมินผลและสรุปบทเรียน¹² และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือการดำเนินการใดๆ อย่างมีเสถียรภาพ ตามสิทธิและหน้าที่ของชุมชนโดยมีเป้าหมาย และตอบสนองความต้องการร่วมกันที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี และทัศนคติของคนในชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมมือร่วมดำเนินการ ติดตามประเมินผล และร่วมรับผิดชอบหรือร่วมใช้ผลประโยชน์จากการดำเนินงานนั้นๆ มีส่วนร่วมหรือเน้นความเท่าเทียมของโอกาส และการรับรู้ของประชาชน อันจะนำมาสู่การวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน การวางแผนพัฒนาหรือแก้ปัญหา การดำเนินการตามแผน และกระบวนการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม¹³ ดังนั้น การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน จึงควรประกอบด้วย การวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต การกำหนดกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลกิจกรรม โดยให้ความสำคัญกับการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเข้ามามีส่วนร่วม หน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น¹⁴

ในขณะเดียวกันกระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่งผลให้คณะกรรมการฯ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้นำเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม

ของทีมนิเทศจัดการในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอภูซำบั้ง จังหวัดอุบลราชธานี¹¹ มีการเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายปทุมภูมิมระดับอำเภอและโรงพยาบาลระดับอำเภอ ในบริบทของพื้นที่ โดยมีการพัฒนาตนเองด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างผสมผสาน ด้านทรัพยากร บุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามเกณฑ์การประเมินบันได 5 ขั้น และมีประเด็นสุขภาพในการขับเคลื่อนระบบ (One District One Project) พัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้เป็นหนึ่งเดียวกันไม่แยกส่วนการพัฒนา ส่งเสริมให้ประชาชนมีความร่วมมือในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนและพร้อมที่จะพัฒนาสู่อำเภอ สุขภาวะในอนาคตภายใต้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน¹⁵ และผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ระบบสุขภาพอำเภอมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น ในทำนองเดียวกับการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของศูนย์ประสานงาน และจัดการเรียนรู้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ซึ่งพบว่า ก่อนการเข้าอบรมทีมผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าอบรมทีมผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง¹⁶

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มเป้าหมายได้ผ่านการเรียนรู้จากการปฏิบัติโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context-based learning) และกระบวนการร่วมคิดร่วมทำและร่วมเรียนรู้ (Participatory Interactive Learning through Action : PILA) อีกทั้งการอบรมครั้งนี้เน้นการลงมือปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม ทำให้คณะกรรมการสุขภาพระดับเข้มแข็งขึ้น กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ทีมร่วมคิด ร่วมทำและร่วมเรียนรู้ โดยผ่านประสบการณ์การดำเนินโครงการในพื้นที่ โดยเฉพาะการจัดทำโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้บริบทชุมชนเป็นฐาน ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาบริบทระบบสุขภาพอำเภอและเพิ่มสมรรถนะของคณะกรรมการฯ ดังกล่าว

สรุปการศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ทีมผู้นำที่เข้าใจบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ กำหนดเป้าหมายชัดเจน กล้าและนำการเปลี่ยนแปลงอย่างเข้มแข็งร่วมกับบุคลากรการทำงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมรับทราบข้อมูลข่าวสาร ร่วมให้คำปรึกษา ร่วมวางแผนและตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมตรวจสอบประเมินผลทุกขั้นตอนของการดำเนินงานและทุกโครงการของภาคีเครือข่าย

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต้องกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์การดำเนินงานของอำเภอให้ชัดเจน ต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

3. ควรมีการเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอให้ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารของระบบสุขภาพอำเภอได้ดียิ่งขึ้น และควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานระบบสุขภาพอำเภอให้ชัดเจนและสะดวกในการติดต่อ

4. ควรมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับการปฏิบัติ (Participation Interactive Learning thou Action) ในการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อส่งเสริมให้มีการประสานงานความร่วมมือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเผยแพร่ความรู้การหาความรู้ใหม่ๆ การประยุกต์ใช้ การสร้างเครือข่ายความรู้ ตลอดจนการเรียนรู้ที่จะบริหารร่วมกันให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

5. ควรนำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาเสนอต่อผู้บริหารในเชิงนโยบายเพื่อบรรจุเป็นแผนปฏิบัติการในปีงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอด้านอื่นๆ เช่น การวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development) ระบบบริการพื้นฐานที่จำเป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ การวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research : R2R)

เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และมีการเปรียบเทียบในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ

2. นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ไปดำเนินการต่อเพื่อประเมินผล เช่น แผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

3. ควรมีการศึกษาแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน

4. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาเพื่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายอำเภอโพธาราย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธารายที่สนับสนุนการดำเนินงานครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอโพธาราย (พขอ.) ที่เสียสละเวลาเข้ามาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความร่วมมือในการดำเนินงานทุกขั้นตอน และขอขอบพระคุณประชาชนอำเภอโพธารายทุกท่านที่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และสุรัชย์ โชคครรชิตไชย. การจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ : กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**. 8 (1): มกราคม-เมษายน 2561 ; 152-161.
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราย. (2561). **รายงานผลการปฏิบัติราชการตามยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**. สำนักงานสาธารณสุข อำเภอโพธาราย จังหวัดร้อยเอ็ด.

3. เพลินใจ พงษ์ชาติรัตน์. (2549). **การพัฒนาารูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).(2557). **การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning : DHML)**. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
5. Stringer, E.T. (1999). **Action Research** (2nd ed.). California : Sage Publications.
6. Burns, D. (2007). **Systemic action research : A strategy for whole system change**. Bristol, UK : The Policy Press.
7. Cochran-Smith, M. & Lytle, S. L. (2009). **Inquiry as stance : Practitioner research in the next generation**. New York: Teachers College Press.
8. สมสมัย รัตนกรिताกุล,อโนชา ทิศนารณชัย, ชรัญญากร วิริยะและพรเพ็ญ ภักทรกร. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. 8(3) : กรกฎาคม-กันยายน 2558 ; 52-65.
9. พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์. รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558 – 2560. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**. 33 (1) : มกราคม- มีนาคม 2562 ; 59-72.
10. นิถุมล กุมุทชาติ. (2557). รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาารูปแบบสุขภาพอำเภอ อําเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- 11.สันติ ฝักทอง. (2557). **การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมบริหารจัดการในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภออุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 84-85.
12. Tachaatig, S., & Wongarsa, W. (2012). Community well-Being development for healthy life. **Journal of Humanities & Social Sciences**, 29(2), 1-22.
13. Creighton, J. L. (2005). **The Public Participation Handbook : Making Better Decisions through Citizen Involvement**. San Francisco : Jossey Bass.
14. ร้อยานภิศ รัชตะวรรณ, วัฒนวรรณ แก้วกระจุก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาลีมา สำแดงสาร และดลปภัฏ ทรงเลิศ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. **วารสารเทคโนโลยีภาคใต้**. 11(1) : มกราคม – มิถุนายน 2561; 231-238.
15. สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี. (2557). การศึกษากระบวนการจัดการการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างเป็นเอกภาพ (Unity District Health Team) จังหวัดพะเยา. พะเยา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
16. เกศแก้ว สอนดี, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, มุสดี ก่อเจดีย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ. การประเมินผลสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของศูนย์ประสานงานและจัดการเรียนรู้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 28(1): มกราคม- เมษายน 2561 ; 116-126.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of Practice Guideline for Prevention of Birth Asphyxia in
Kaset Wisai Hospital Kaset Wisai District, Roi-Et Province

พັນไย หลักคำ*

Panyai Lakkham

Corresponding author : E-mail : beamor170286@gmail.com

Receive: April 19,2019, ; Revised : May 30, 2019 ; Accepted : June 12,2019

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด จำนวน 8 คน โดยพยาบาลเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดกับผู้คลอดและทารกแรกเกิด จำนวน 70 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2562 ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด สำหรับพยาบาลห้องคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดของไอโอวา โมเดล 5 ขั้นตอน คือ 1) พิจารณาปัญหาทางคลินิก 2) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับองค์กรต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ 3) สืบค้นและทบทวนวรรณกรรม 4) ระบุผลลัพธ์ที่คาดหวัง 5) ดำเนินการพัฒนาและประเมินผล การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมินการปฏิบัติงานประจำวันมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัย : จากการนำรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด จำนวน 70 ราย การปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกัน 93.3% และอัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนแรกคลอดเท่ากับ 14.3 ต่อพันการเกิดมีชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จึงควรนำแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไปใช้อย่างต่อเนื่อง และนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นต่อไป

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ ; การป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ; การพัฒนาแนวปฏิบัติ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ABSTRACT

Purposes : To develop and effectiveness of practice guideline for prevention of birth asphyxia in Kaset Wisai Hospital Kaset Wisai District, Roi-Et Province

Design : Research and Development Research

Material and Methods : The study was conducted from May to August 2019 at Kaset Wisai Hospital Kaset Wisai district, Roi-Et province. The purposive sampling method were used to select samples of 8 registered nurses and 70 pregnant women who got labour and birth at Kaset Wisai Hospital. The instruments for data collection were forms of prevention of hypoxia in newborns, for the delivery room nurse by using the conceptual framework of the Iowa 5-Steps model, which were: 1) considering the clinical problem, 2) problem with organization, want to change it. 3) search and review the literature, 4) identify the expected result, and 5) carry out development and evaluation. Data collection consisted of daily performance evaluation form with reliability. The analysis were done by Cronbach's alpha coefficient of 0.89 and the satisfaction questionnaire. Data were analyzed by means of frequency distribution, mean, and percentage.

Main finding : From the implementation of 70 hypoxiaes prevention patterns in newborns, 93.3% compliance with preventive measures and 14.3 per thousand live birth deficit rates, and satisfaction of the practitioners regarding the forms of oxygen deficiency in newborns moderate to high level.

Conclusion and Commendations : this study show that practice guidelines for prevention of hypoxia in newborns are based on empirical evidence. Resulting in a good prevention of hypoxia in newborns and without complications occurring therefore, the practice guideline should be used continuously to prevent hypoxia in newborns and apply to other departments in the future.

Keywords : Birth Asphyxia ; Prevention of Birth Asphyxia ; Development of Guideline

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าเป้าหมาย ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ สถานการณ์ในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าอัตราเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในปี พ.ศ. 2558 – 2561 เท่ากับ 24.7, 19.1, 18.3 และ 15.2 ตามลำดับ¹ (รายงานการคลอดและการป่วยตายของมารดาและทารก ก.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด) เช่นเดียวกับสถานการณ์โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด² พบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนทารกแรกเกิดในปี พ.ศ. 2558 – 2561 เท่ากับ 16.4, 25.6, 31.9 และ 30.7 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า อัตราทารกตายจากสาเหตุภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในปี พ.ศ. 2558–2561 เท่ากับ 0.0, 1.7, 3.6 และ 1.9 ต่อพันการเกิดมีชีพ จากการทบทวนภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล พบสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการคลอด เช่น คลอดยาก คลอดติดไหล่ คลอดท่าก้น คลอดผิดปกติ และสาเหตุจากตัวเด็กซึ่งพบเป็นส่วนน้อย เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด เด็กพิการ เด็กน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม และมีบางเป็นบางส่วนที่ไม่ทราบสาเหตุการเกิด สาเหตุเหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยการดูแลมารดาตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ตั้งแต่ ระยะเวลาก่อนคลอด ระยะเวลาคลอด และหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นเชื่อว่าการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการกล่าวถึงกันค่อนข้างแพร่หลายในวิชาชีพการพยาบาล ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากการมีกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับวิชาชีพการพยาบาลมีความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และการที่อยู่ท่ามกลางสังคมที่เน้นการใช้ความรู้ในการขับเคลื่อนงานต่างๆ ให้สำเร็จ ตลอดจนแรงผลักดันจากการจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่มีเป้าหมายหลักให้ประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่ลดลง ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุดเป็นหลักฐานที่ได้รับการยืนยันทาง

วิทยาศาสตร์จากงานวิจัย ที่บูรณาการร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก โดยอาศัยผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง³ การปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างความรู้/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ในขณะที่ขณะหนึ่ง อาจจะเป็นหลักฐานจากงานวิจัยที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดีหรือหลักฐานอื่นๆ ที่น่าเชื่อถือ ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและค่านิยม/ความเชื่อของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ในการตัดสินใจให้การดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะอย่าง⁴

นักวิชาการทางการพยาบาลได้เริ่มต้นพัฒนาโมเดลการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลหลายโมเดลจนมาในยุคของการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ บางโมเดลยังคงใช้ได้ดีเนื่องจากขั้นตอนต่างๆ ยังคงเน้นที่การใช้ผลงานวิจัยและเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ บางโมเดลได้ปรับให้เข้ากับกระบวนการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมซึ่งมีหลายโมเดล แต่มีผู้นิยมใช้มาก⁴ โมเดล คือโมเดลของ Stetler⁵ โมเดลของ Rosswurm & Larrabee⁶ โมเดลไอโอวาโมเดล และโมเดลของชูคัพ⁷ การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเลือกโมเดลของ Soukup⁸ เนื่องจากเป็นโมเดลที่ศึกษาปัญหาที่แท้จริงจากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการศึกษาปัญหาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาสู่การสรุปปัญหาาร่วมกันของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งนำมาวิเคราะห์และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนำเสนอแนะมาแก้ไขให้ถูกต้อง ตลอดจนการนำมาทดลองใช้เพื่อหาข้อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมากที่สุด และนำมาใช้ได้จริงในการพัฒนางานจะเห็นได้ว่าโมเดลของชูคัพสามารถปรับแก้ไขให้เหมาะสมและพัฒนาให้ทันสมัยได้ มีขั้นตอนการดำเนินงานอยู่ 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 Evidence-triggered phase เป็นการกำหนดปัญหาทางคลินิกโดยการศึกษาจากตัวกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติ และจากตัวกระตุ้นจากความรู้ ระยะที่ 2 Evidence

supported phase เป็นระยะของการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติจากแหล่งต่างๆ ประเมินและวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล นำเสนอร่างแนวทางปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ผลลัพธ์ที่ได้คือ ได้หลักฐาน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ระยะที่ 3 Evidence observed phase เป็นระยะทำการศึกษานำร่อง ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติและนำเสนอข้อมูลต่อทีม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาผลลัพธ์ที่ได้ คือ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานจากการสังเกตและให้ข้อเสนอแนะ และระยะที่ 4 Processing evidence based phase นำเสนอผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และนำสู่การปฏิบัติ โดยผนวกเข้ากับการปฏิบัติงานประจำผลลัพธ์ที่ได้ คือ การประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และสนับสนุนการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่ ผลลัพธ์สุดท้ายของระยะนี้ คือ การเผยแพร่ข้อค้นพบ ซึ่งอาจจะทำโดยการรายงานในคณะกรรมการประจำหน่วยปฏิบัติ และสหวิชาชีพการนำเสนอในการประชุมระดับชาติ นำเสนอในเครือข่ายคอมพิวเตอร์หรือการตีพิมพ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือทางวิชาชีพ

ทั้งนี้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นนั้นอาจมีแตกต่างกันบ้าง แต่สาระสำคัญที่จะเป็นแนวทางให้ผู้นำไปใช้สามารถประเมินและปฏิบัติตามได้⁴ เช่น ชื่อเรื่องวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ระบุโรค/ภาวะ/ประเภทของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ทั้งผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ นิยาม ระบุความหมายของคำต่างๆ ที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ชัดเจนเพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ผลลัพธ์ ระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำที่มีอยู่ในแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผลลัพธ์ดังกล่าวนี้ อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงอัตราการป่วย อัตราการตาย อาการ อาการแสดง คุณภาพ

ชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายความสะดวก ความปลอดภัย ฯลฯ หลักฐาน ระบุวิธีการได้มาซึ่งหลักฐาน/วิธีการสืบค้น แหล่งของหลักฐานวิธีการรวบรวมหลักฐานวิธีการวิเคราะห์หลักฐาน และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก คุณค่า ระบุกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับคณะผู้จัดทำ มุมมองของคณะผู้จัดทำ ความคล้อยตามกัน/ความขัดแย้ง และวิธีการที่นำไปสู่ข้อสรุปที่ระบุไว้ในวิธีปฏิบัติที่แนะนำในกรณีที่คุณคณะผู้จัดทำมีความเห็นที่แตกต่างกัน วิธีปฏิบัติที่แนะนำ ระบุรายละเอียดของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธีพร้อมระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนวิธีปฏิบัติที่แนะนำกับไว้ด้วย การตรวจสอบ ระบุกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยคณะ/องค์กรอื่นๆ ที่คณะผู้จัดทำได้ดำเนินการและความสอดคล้อง/ความแตกต่างระหว่าง แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้กับแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับอื่นในเรื่องเดียวกัน รวมทั้งผลการนำเอา แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ไปทดลองใช้ในโครงการนำร่อง ผู้สนับสนุน ระบุองค์กรที่เกี่ยวข้องหรือให้การสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ เพื่อให้ผู้ที่จะนำเอาแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ทราบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกถูกพัฒนาขึ้นอย่างมีอคติหรือมีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือไม่ และเอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอกเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) ดำเนินการระหว่างเดือนระหว่างเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2562 ดังนี้

ประชากร และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด ได้แก่ แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้คลอดที่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในเพื่อคลอดและผ่านการคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้คลอดที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย และ(1) ทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลตั้งแต่เจ็บครรภ์คลอดจนครบ 2 วันหลังคลอด และ (2) ทั้งหมดที่มาคลอดในเดือน พฤษภาคม – กันยายน 2562 โดยพยาบาลใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดกับผู้ที่มาคลอด จำนวน 70 คน และทารกแรกเกิดทุกคนจำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ รูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงตาม ร่วมด้วยทุกครั้ง เมื่อแรกรับผู้คลอด ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก นวัตกรรมของพวงเพชร ชูจอหอ⁹ และจากการศึกษาเอกสารวิชาการต่างๆ โดยแบบประเมินจะแบ่งระดับความเสี่ยงไว้ 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงระดับต่ำ ความเสี่ยงระดับกลาง และความเสี่ยงระดับสูง พร้อมกับมีรายชื่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดทั้ง 3 ระดับที่ตรงกับปัญหาผู้คลอดให้เลือก ถ้าผู้คลอดมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงระดับใด พยาบาลต้องปฏิบัติตาม

แนวปฏิบัติทุกครั้งกับผู้คลอดทุกราย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หลังจากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงตามแบบประเมิน แล้ว ก็จะมีการดูแลต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติทั้ง 4 ระยะ คือ 1) การดูแลแรกรับ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด และ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ การกู้ชีพทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นโครงการของผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อฟื้นฟูความรู้ และทักษะของพยาบาล โรงพยาบาลเกษตรวิสัยทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล และมีคู่มือสำหรับพยาบาลไว้ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง หลังเสร็จสิ้นการประชุมอบรม 1 เดือนผู้วิจัยติดตามประเมินการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลในหน่วยงานที่ผู้วิจัยรับผิดชอบ คือ การรับเด็ก ที่ห้องผ่าตัดและห้องคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อเสนอแนะอย่างอิสระ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลตั้งแต่เจ็บครรภ์คลอดจนครบ 2 วัน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต และจากเวชระเบียนผู้คลอด คือ ส่วนที่ 1 แบบนิเทศติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดแต่ละวัน ส่วนที่ 2 แบบบันทึกทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลตั้งแต่เจ็บครรภ์คลอดจนครบ 1 วัน ตามการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ห้องคลอด โดยใช้ 1 แผ่นต่อทารกแรกเกิด 1 คน 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก แบบสอบถามของสมบุญ ธนบดีวิวัฒน์¹⁰ และจากการศึกษาเอกสารวิชาการต่างๆ โดยจะสอบถามพยาบาลห้องคลอด หลังการใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดกับผู้คลอดและทารกแรกเกิดแล้ว 1 เดือน แบบสอบถามความคิดเห็นมีทั้งหมด 7 ข้อ ซึ่งสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาล ถึงด้านความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และสามารถแก้ปัญหาการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้หรือไม่ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราวัดส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เลือกตอบตามความรู้สึก โดยแบ่งระดับความ

พึงพอใจเป็น 3 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.67– 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบการตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบเก็บข้อมูล แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล จำนวน 7 ข้อ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุง จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบอีกครั้งเพื่อให้มีความตรงตามเนื้อหา และมีความสอดคล้องกันหรือไม่ โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง (Content validity : CV) ผู้เชี่ยวชาญจะให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ว่ามีความสอดคล้องมากน้อยเพียงไร ให้การประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่สอดคล้อง สอดคล้องน้อย ค่อนข้างสอดคล้อง และ สอดคล้องมาก โดยมีสูตรคำนวณของเพชรน้อย สิงห์ช้างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์¹¹ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่องจะมีค่าเป็น 1.00 และค่าดัชนีความตรงของเนื้อเรื่องต้องไม่ต่ำกว่า 0.80 ถ้าต่ำกว่า 0.80 ต้องดำเนินการสร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านดูใหม่และนำมาหาค่า CV อีกครั้งจนกว่าจะได้ดัชนีความตรงของเนื้อเรื่อง 0.80 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง ของแบบสอบถามความคิดเห็น CV = 1 แสดงความคิดเห็นถึงความสอดคล้องของเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้ให้ไว้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จำนวน 5 คน แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) เครื่องมือกับผู้มารับบริการคลอดและทารกแรกเกิด จำนวน 10 คน หลังจากนั้นหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.44-0.78

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ 1) ศึกษาข้อมูล เอกสารของตึกคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และประชุมร่วมกับพยาบาลห้องคลอด วิเคราะห์หาปัญหา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 2) ทบทวนเอกสารงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด รวมทั้งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ และ3)ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้ว จึงบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) เสนอโครงการวิจัยต่อหัวหน้าตึกคลอดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย 2) เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการฯ แก่พยาบาลตึกคลอด และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการกู้ชีพทารกแรกเกิดให้แก่พยาบาล 3) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และ 4) ดำเนินการตามโครงการ พัฒนานแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ดังนี้

1) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเสี่ยงไปแนบไว้กับเวชระเบียนรับใหม่ ผู้คลอด 70 ฉบับ และชี้แจงให้พยาบาลทราบ โดยพยาบาลหน้าที่ 1 (In charge) ทำหน้าที่ประเมินผู้คลอดแรกรับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงร่วมกับการซักประวัติและตรวจร่างกายเมื่อประเมินได้ระดับความเสี่ยงแล้ว ให้ลงบันทึกระดับความเสี่ยงที่ตรงกับแบบประเมินที่พยาบาลประเมินได้ลงในบันทึกทางการพยาบาลด้วย

2) เมื่อรับผู้คลอดไว้เพื่อคลอดแล้ว พยาบาลหน้าที่ 1 ก็จะดูแลต่อโดยใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ทั้ง 3 ระยะ คือ การดูแลขณะรับใหม่ การดูแลขณะรอคลอด และการดูแลขณะคลอด

3) พยาบาลหน้าที่ 2 เป็นผู้รับเด็กประเมินค่าแอฟการ์โดยใช้แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด

หมายเหตุ แบบประเมินความเสี่ยง เมื่อพยาบาลใช้ประเมินแล้ว ก็จะแนบอยู่กับเวชระเบียนจนกว่าผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนที่ผู้คลอดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้รับบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขออนุญาตถึงต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหัตถ์คลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาในการศึกษา จากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้ร่วมการศึกษา ซึ่งจะไม่ผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลสรุปการศึกษาจะสรุปออกมาใน

ภาพรวม และแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลแก่แพทย์เฉพาะทาง และหัวหน้างานห้องคลอด พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเป็นหัวหน้าโครงการร่วมกับผู้วิจัย และชี้แจงให้พยาบาลห้องคลอดทราบว่าข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 หมายเลขใบรับรอง COE0882561

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 20-34 ปี (91.4%) ประกอบอาชีพอื่น ๆ (44.3%) อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ (91.4%) การตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง (57.1%) คลอดปกติ(81.4%) ใช้เวลาคลอดทั้งหมดตั้งแต่ 5-12 ชั่วโมง (62.9%) ใช้เวลาคลอดระยะที่ 2 < 30 นาที (91.3%) ภาวะแทรกซ้อน Prom (47.4%) ผลการตรวจ Electrical Fetal Monitor เป็นแบบCategory I (95.7%) ภาวะแทรกซ้อนของมารดาเป็นThick Macconium stain (47.4%) และ APGAR Score ตั้งแต่ 8-10 คะแนน (100.0%)

ตารางที่ 1 ร้อยละของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

ข้อที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ (%)		
		ปฏิบัติ	ไม่	ไม่จำเป็น
1	ประเมินภาวะเสี่ยง BA	98.6	1.4	0.0
2	ฟัง FHS ระยะ Latent phase 1 – 2 ชั่วโมง	92.9	2.9	4.3
3	ฟัง FHS ระยะ Active phase 1/2 – 2 ชั่วโมง	84.3	2.9	12.9
4	ระยะคลอดทุก 5 นาทีหรือหลังมดลูกคลายตัว	71.4	1.0	18.6
5	มีภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ (IUR)	100.0	0.0	0.00
6	ให้ออกซิเจน Mask 8 – 10 LPM ในระยะที่ 2 ของการคลอด	57.1	25.7	17.1
7	ระยะที่ 2 ของการคลอด Observe Uterine Contraction (I มากกว่าหรือเท่า 2 นาที, D ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที)	62.9	20.0	17.1

ตารางที่ 1 ร้อยละของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (ต่อ)

ข้อที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ (%)		
		ปฏิบัติ	ไม่	ไม่จำเป็น
8	ดูดเสมหะในปากก่อนและตามด้วยจมูก	100.0	0.0	0.0
9	เช็ดตัวแห้ง keep warm ใน radiant warmer	100.0	0.0	0.0
10	กระตุ้นให้ร้องภายใน 30 วินาที ถ้าไม่หายใจให้กระตุ้นด้วย PPV	77.1	22.9	22.9
11	ถ้ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth asphyxia เตรียมทีมรับเด็ก	8.6	0.0	91.1
12	ระยะเวลาพักหายใจในขณะเบ่งคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาที	65.7	15.7	18.6
13	ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ครรภ์แรกต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง	75.7	5.7	18.6
	เฉลี่ยโดยรวม	76.5	7.6	23.7

จากตารางที่ 1 พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 76.5 และยังพบว่า การดูดเสมหะในปาก ก่อนและตามด้วยจมูก การเช็ดตัวแห้ง keep warm ใน

radiant warmer และมีภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ (IUR) มีการปฏิบัติมากที่สุด (100.0%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการ มีภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ (IUR) เป็นประเด็นที่ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติ (87.10%)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และอัตราการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดจำแนกเป็นรายเดือน

เดือน	จำนวนมาดา (จำนวน)		อัตราการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจน ในทารกแรกเกิด (1000)
	คลอดมีชีพ	ภาวะขาดออกซิเจน	
พฤษภาคม 2562	10	0	0.0
มิถุนายน 2562	14	1	14.3
กรกฎาคม 2562	13	0	0.0
สิงหาคม 2562	17	0	0.0
กันยายน 2562	16	0	0.0
โดยรวม	70	1	1.3

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติเพื่อ ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดจำนวน 1 ราย

คิดเป็น 14.3 ต่อพันการเกิดมีชีพ

การวิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่ห้องคลอดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 76.5 พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา¹² ที่พัฒนาได้แนวทางป้องกันฯ ที่พัฒนาประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ตั้งแต่ First stage ถึง Fourth stage และแนวปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดมีจุดเน้นที่ปรับเปลี่ยนไปจากแนวทางเดิม ดังนี้ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ 2) การทำข้อตกลงระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการรายงานความเสี่ยง/ภาวะฉุกเฉิน และ 3) การลดความเครียดและความเจ็บปวดภายหลังการใช้แนวทางป้องกันฯ อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ 1 นาที ลดจาก 39.33 เป็น 28.01 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต และที่ 5 นาที ลดจาก 12.64 เป็น 9.83 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต อัตราตายของทารกแรกเกิดจากภาวะขาดออกซิเจนเป็นศูนย์ พยาบาลมีความรู้และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และพยาบาล ร้อยละ 80.0 เห็นด้วยมากที่สุดว่าแนวทางป้องกันฯ มีความเหมาะสมและสะดวกในการนำไปใช้ ; แนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางกายพยาบาล หอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย 3 ชั้น คือ ชั้นวางแผน ชั้นดำเนินการและชั้นประเมินผล แนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางกายพยาบาล ได้ระบุขอบเขตหน้าที่ตามบทบาทของผู้นิเทศการเยี่ยมตรวจ ผู้นำการเยี่ยมตรวจและผู้ร่วมเยี่ยมตรวจ เอกสารที่จัดทำขึ้นใช้ในแนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางกายพยาบาลประกอบด้วย เอกสารความรู้การเยี่ยมตรวจทางกายพยาบาล แบบฟอร์มมอบหมายผู้รับผิดชอบการเยี่ยมตรวจ แบบฟอร์มบันทึกการเยี่ยมตรวจ เอกสารการประชาสัมพันธ์การเยี่ยมตรวจ เอกสารแนวทางการเลือกประเภทผู้ป่วยและเอกสารวิธีปฏิบัติการเยี่ยมตรวจ^{13,18}

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ดำเนินการครั้งนี้ 2 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูล เอกสารของตึกคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และประชุมร่วมกับพยาบาลห้องคลอด วิเคราะห์หาปัญหา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการ

ป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด สืบค้น ทบทวนเอกสารงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด รวมทั้งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้ว จึงบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ขั้นตอนทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการฯ แก่พยาบาลตึกคลอด และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการกึ่งสหวิชาชีพทารกแรกเกิดให้แก่พยาบาลในตึก ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการตามโครงการ พัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ดังนี้

(1) ผู้ศึกษานำแบบประเมินความเสี่ยงไปแนบไว้กับเวชระเบียนรับใหม่ ผู้คลอด จำนวน 70 ฉบับ และชี้แจงให้พยาบาลทราบ โดยพยาบาลหน้าที่ 1 (In charge) ทำหน้าที่ประเมินผู้คลอดแรกรับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงร่วมกับการซักประวัติ และตรวจร่างกาย เมื่อประเมินได้ระดับความเสี่ยงแล้ว ให้ลงบันทึกระดับความเสี่ยงที่ตรงกับแบบประเมินที่พยาบาลประเมินได้ ลงในบันทึกทางการพยาบาลด้วย (2) เมื่อรับผู้คลอดไว้เพื่อคลอดแล้ว พยาบาลหน้าที่ 1 ก็จะดูแลต่อโดยใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ทั้ง 3 ระยะ คือ การดูแลขณะรับใหม่ การดูแลขณะรอคลอด และการดูแลขณะคลอด และ(3) พยาบาลหน้าที่ 2 เป็นผู้รับเด็ก ประเมินค่าแอฟการโดยใช้แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด

ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติภายใต้แนวคิดการพัฒนา แนวปฏิบัติของสาธารณสุขแห่งชาติและสภาวิจัยเพื่อการแพทย์ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹⁴ ซึ่งเน้นการพัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันกำหนดความต้องการขอบเขต วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ของ

แนวทางป้องกันที่ต้องการจะพัฒนา โดยมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมด้วย ดังนั้น แนวทางป้องกันที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้จึงมีเนื้อหาครอบคลุมในการดูแลทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มากคลอดและทารกแรกเกิด เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมและทารกแรกเกิด อีกทั้งแนวทางป้องกันฯ มีข้อปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานของสภาพปัญหาและบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย และหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสะดวกและเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ มีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และเป็นที่พึงพอใจเมื่อนำไปปฏิบัติ โดยจะเห็นได้จากความคิดเห็นของของพยาบาลที่มีต่อแนวทางป้องกันฯ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลของพยาบาลและผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก^{13,15}

ดังนั้น จึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 76.5 และมีความพึงพอใจที่มีต่อแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

ผลการวิจัยครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดชี้ให้เห็นว่ามีอัตราการเกิดภาวะดังกล่าวน้อยกว่าผลการพัฒนาคุณภาพงานบริการเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา^{16,17} ซึ่งพบว่า ลดอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในมารดาผ่าตัดคลอดจากอัตรา 16.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ.2557 เป็น 6.80 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ.255818

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการดูแลในห้องคลอด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) รับใหม่ มีกระบวนการดูแลในห้องคลอด คือ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาคลอดทุกราย ตรวจสภาวะของทารกในครรภ์

โดยติดเครื่อง Electric Fetal Monitor (EFM) ทุกราย ยกเว้นมารดาตั้งครรภ์ที่เข้าระยะที่ 2 ของการคลอดเมื่อแรกรับ 2) ระยะรอคลอดมีกระบวนการดูแลในห้องคลอดคือเฝ้าระวังภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ โดยฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และสังเกตการหดตัวของมดลูก ทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะ Latent phase, ทุก ½ - 1 ชั่วโมงในระยะ Active phase และฟังทุกครั้งหลังมีถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือแตก ติดเครื่อง Electric Fetal Monitor 1 ครั้ง/เวร ถ้าพบภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ให้การดูแลเบื้องต้น โดย Intra Uterine Resuscitation (IUR) โดย (1) มารดานอนตะแคงซ้ายและให้ออกซิเจน Mask 8-10 L/min (2) งดน้ำและอาหารทางปาก และ (3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหลังทำ Intra Uterine Resuscitation (IUR) ครึ่งชั่วโมง ให้ประเมินโดยติดเครื่อง Electric Fetal Monitor (EFM) ถ้าผล Reactive ให้การคลอดดำเนินต่อ แต่ถ้ายัง พบภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ (Fetal distress) รายงานแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการคลอดให้เหมาะสมในแต่ละรายและ 3) ระยะคลอด กระบวนการดูแลในห้องคลอด คือ (1) ให้ออกซิเจน Mask 8 - 10 L / min (2) ฟัง Fetal heart sound (FHS) ทุกครั้งหลังมดลูกหดตัวหรือทุก 5 - 10 นาที ถ้ากรณีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในภาวะแรกเกิดให้ On Electric Fetal Monitor และเตรียมทีมรับเด็กให้พร้อม โดยมีกุมารแพทย์ 1 คน แพทย์เวร 1 คน พยาบาลห้องคลอด 2 คน และเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อม Observe การหดตัวของมดลูกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Interval มากกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที, duration น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที) ไม่ควรเชียร์มารดาเบ่งคลอดติดต่อกันนานเกินไป ต้องให้มารดาหยุดพักหายใจอย่างน้อย 1 นาที เมื่อเด็กคลอดศีรษะให้ใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะจากปากให้หมดก่อน และต่อด้วยดูดเสมหะจากจมูกให้หมดก่อนแล้วตามด้วยทำคลอดไหล่ทารก

เมื่อเด็กคลอดเช็ดตัวให้แห้งและ Keep warm ด้วย Radiant warmer กระตุ้นให้เด็กร้องโดยลูบบริเวณหลังและตีที่สันเท้าและประเมินการหายใจภายใน 30 วินาทีแรกเกิด ถ้าเด็กยังไม่หายใจ ช่วยเหลือโดย Positive Pressure Ventilation (PPV) ต่อและประเมินค่าคะแนน

APGAR Score เมื่อครบ 1 นาที ถ้าค่าคะแนนที่ 1 นานี มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ Keep warm ต่อ และถ้าค่า คะแนน APGAR Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้การช่วยเหลือตามสถานะของเด็กแต่ละราย ถ้ามารดาเบ่งคลอดนาน มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงในครรภ์แรกและมากกว่า ½ ชั่วโมงในครรภ์หลัง ทารกยังไม่คลอด รายงานแพทย์เวร ทราบ เพื่อวางแผนให้มารดาคลอดตามเวลาที่กำหนด (ครรภ์แรกเบ่งคลอดนานไม่เกิน 2 ชั่วโมง และครรภ์หลังไม่เกิน 1 ชั่วโมง) และขณะเบ่งคลอดพบภาวะคับขันทารก ในครรภ์ (Fetal distress) ให้รายงานแพทย์ทันที ดังนั้น จากการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนใน ทารกแรกเกิด จำนวน 1 ราย คิดเป็น 14.3 ต่อพันการเกิด มีชีพเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1) จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมี ภาวะแทรกซ้อนหลายประเด็น เช่น Prom จำนวน 9 ราย HT จำนวน 3 ราย Dystocia จำนวน 2 ราย และ Pro- longed Labour จำนวน 5 ราย ซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรนำ ประเด็นเหล่านี้มาวิเคราะห์ เพื่อหาสาเหตุว่าเกิดอะไร (ผู้ ป่วยหรือระบบบริการฯ หรือแนวปฏิบัติ) เพื่อพัฒนาแนว ปฏิบัติต่อไป

2) จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ามีประเด็นที่ พยาบาลเห็นว่าไม่จำเป็นต้องปฏิบัติ 2 ประเด็นสำคัญ คือ มีภาวะคับขันทารกในครรภ์ (IUR) (ร้อยละ 87.10) และถ้า มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth asphyxia เตรียมทีมรับเด็ก กุมารแพทย์ 1 คน แพทย์เวร 1 คน พยาบาล (LR) 2 คน (ร้อยละ 91.1)ซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อแนวปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการ ติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวทางป้องกันการเกิดภาวะขาด ออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระยะยาว เพื่อยืนยันการ ปฏิบัติอย่างยั่งยืนและควรศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพ ของแนวทางป้องกันฯ นี้ในผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น จำนวน

วันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิด ค่าใช้จ่ายในการ รักษาทารกแรกเกิด การเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรก เกิด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2561). รายงาน การคลอดและการป่วยและตายของมารดาและทารก ก.2. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด.
2. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. (2561). รายงานการคลอดและ การป่วยและตายของมารดาและทารก ก.2. ห้องคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย.
3. ฉวีวรรณ ชงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines Development) วารสารการพยาบาล. 20 (2) : เมษายน-มิถุนายน 2548.
4. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์:หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. Stetler, C.B., (2001). Updating the Stetler Model of Research Utilization to Facilitate Evidenc Based practice. Nursing Outlook, 49(6), 272-279.
6. Rosswurm, M.A. and Larrabee, J.H. (1999). A model for change to evidence –based practice. Journal of Nursing Scholarship, 31(4), 317-322.
7. Soukup, S. M. “The center for advanced nursing practice evidence-based practice model” Nursing Clinics of North America, 2000 ; 301-309.
8. กองทิพย์ ปินะกาโน. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มี ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มารับบริการที่งานผู้ป่วย ในโรงพยาบาลปทุมรัตน์. รายงานการศึกษานิพนธ์ ประิญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.

9. พวงเพชร ชูจอหอ. (2551). **พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดภาวะ Birth Asphyxia**. ภาพสไลด์ : ห้องคลอด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์.
10. สมบุญ ธนบดีวิวัฒน์. (2549). **การพัฒนาคุณภาพบริการงานห้องคลอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. เพชรรัตน์ สิ่งซ่างน้อย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. (2536). **เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์**. สงขลา : [ม.ป.พ.].
12. วรณวรา ไหลวารินทร์. **การพัฒนาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา**. วารสารกองการพยาบาล. 41(3) : กันยายน- ธันวาคม 2557; 43-62.
13. รจนา โมรรราช. (2556). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลสกลนคร**. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
14. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. **A guide to the development, Implementation and evaluation of clinical practice guidelines**. [Online]. 1998 [cited 2019 Sep 2] ;
- [30 screens]. Available from: <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication>
15. นิตยา ไสศรี. (2557). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
16. มนตรี ภูริปัญญวานิช. **การพัฒนาคุณภาพงานบริการเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลเสนา**. วารสารวิจัยและวิทยาศาสตร์การแพทย์. 22(2) : เมษายน-มิถุนายน 2550 ; 75-81
17. เปรมยุดา ศรีสุข. (2558). **การพัฒนากระบวนการผ่าตัดคลอดเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด**. งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลละหานทราย.
18. วาณี ศรีภักดิ์. (2557.) **การพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้รับบริการคลอดและทารกแรกเกิดเพื่อลดภาวะ Birth Asphyxia**. โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ.

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น Developing a surveillance of Early Warning Signs in Inpatient Department, Phayeur Hospital, Khon Kaen

บุญทิพย์ นิมสอาด*
Boontip Nimsa-art

Corresponding author : boon_tip@hotmail.com

Receive : October 14,2019, Accepted : November 29, 2019

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วิธีดำเนินการวิจัย : ใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ดูแลรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีน ตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2562 จำนวน 792 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตหอผู้ป่วยใน แบบประเมินผลการปฏิบัติ และแบบสอบถามความคิดเห็น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ อัตราการหายใจ ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความรู้สึกตัวและอุณหภูมิร่างกาย ผลการทดลองใช้แนวทาง พบว่า จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต จำนวน 792 ราย พบอุบัติการณ์ Unplanned Refer จำนวน 3 ราย (0.37%) รองลงมาเกิดอุบัติการณ์ Unplanned Tube จำนวน 1 ราย (0.12%) อุบัติการณ์ Unplanned CPR จำนวน 1 ราย (0.12%) และมีผู้ป่วยเสียชีวิต Unplanned Dead จำนวน 1 ราย (0.12%) และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุดในการที่แนวทางสามารถ Early detect อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ (33.33%) รองลงมา คือแนวทางช่วยในการตัดสินใจหลังการประเมินผู้ป่วยว่าต้องตอบสนองและให้การช่วยเหลือในระดับใด (25.00%) เห็นด้วยระดับมากที่สุดที่แนวทางช่วยตัดสินใจหลังการประเมินผู้ป่วยว่าต้องตอบสนองและให้การช่วยเหลือในระดับใด ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง (66.66%) และแนวทางสามารถ Early detect อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางการประเมิน เฝ้าระวัง NEWS (58.33%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยในช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต สามารถสื่อสารระหว่างทีมดูแลรักษา ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาได้ทันที่ ลดการเกิดอุบัติการณ์การส่งต่อที่ไม่ได้วางแผน การใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ และการเสียชีวิตโดยไม่คาดหมายได้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการใช้แนวทางการทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ในผู้ป่วยทุกราย เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายในภาวะวิกฤต สามารถเฝ้าระวังอาการ รายงานแพทย์และให้การรักษาได้ทันท่วงที เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย ; สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ; หอผู้ป่วยใน

ABSTRACT

Purposes : To develop guidelines for patient surveillance of early warning signs on Inpatient Department, Phayeeun Hospital, Khon Khean.

Design : Action research

Materials and Methods : Using system theory as a research framework, 12 of participants were patients admitted inpatient wards of Phayeeun Hospital, Khon Khean, from October - December 2019 and 12 of participants nurses working in the inpatient department. The instruction were surveillance of early warning signs in inpatient department, performance evaluation form, and opinion questionnaire. Descriptive statistics are presented.

Main findings : The developed patient surveillance guidelines consist of 6 components which were respiratory rate, Percentage of oxygen in blood, Blood pressure while heart was squeezed Heart rate, Awareness level and body temperature. The experimental results showed that from number of patients evaluated according to patient surveillance guidelines, by early warning signs. 792 of cases; 0.37% of found 3 Unplanned Refer incidents, 0.12% of followed by 1 Unplanned Tube incidence, 0.12% of 1 Unplanned CPR incidence and 0.12% of there were 1 unplanned dead and professional nurses in the wards. 33.33 of most agreed that approach had able to detect early abnormalities, 25.00% of followed by decision-making after assessing level of response and support needed agree at high level that decision-making guidelines after assessing the patient's response and support levels were easy to use, not complicated, 66.66% of can be put into practice and guidelines to early detect abnormalities of patients, and 58.33% of satisfied with use of surveillance guideline NEWS.

Conclusion and recommendations : This study suggests that nurses in Inpatient Department should use assessment guideline (NEWS) to prevent patients going into a critical condition and could help monitoring, report to physicians and provide treatment in time. This NEWS could effectively reduce complications and mortality rate.

Keywords : Surveillance; Early warning signs ; Inpatient Department

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งในปัจจุบันถือเป็นเรื่องสำคัญที่โรงพยาบาล สังคม ชุมชน และประชาชนให้ความสนใจ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมดตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561-2564 และประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข PATIENT AND PERSONNEL SAFETY หรือ 2 P SAFETY เมื่อ 16 กันยายน 2559 เพื่อให้หน่วยงานบริการสาธารณสุข ยกกระดับคุณภาพการให้บริการด้านการแพทย์กับประชาชนได้รับความปลอดภัยและเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน¹

ในสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์¹ ดังรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทุกแห่งทั่วโลกประมาณ 10.0% ที่อาจต้องบาดเจ็บสาหัสหรือถึงแก่ชีวิต เนื่องจากกระบวนการรักษาผิดพลาดหรือการขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล¹ มีผลทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย²

เช่นเดียวกับสถานการณ์ในโรงพยาบาลพระยีน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวมในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป้าหมายการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีความพึงพอใจ ซึ่งโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรับรองคุณภาพ Reaccredit ครั้งที่ 3 หมดอายุการรับรอง 27 มีนาคม 2564 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมุ่งเน้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety

Culture) กระบวนการดูแลรักษา มีการพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยมากที่สุด

ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระยีนมีผู้ป่วยในจำนวน 1 หอ เป็นหอผู้ป่วยรวมรับผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงไว้ดูแลรักษาตามศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับ F2 ถ้าเกินศักยภาพมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หอผู้ป่วยในมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทั้งหมดจำนวน 12 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 0-5 ปี จำนวน 4 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 10 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน อย่างไรก็ตามแม้ว่าโรงพยาบาลได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาตามบริบทของโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังคงพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างรับไว้ในความดูแลรักษา ดังข้อมูลรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลพระยีน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2559 - 2561 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างดูแลและส่งต่อไม่ได้วางแผน (Unplanned Refer) จำนวน 28, 25 และ 22 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) ต้องใส่ท่อช่วยหายใจโดยกะทันหัน (Unplanned Intubation) จำนวน 6, 8 และ 4 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมีภาวะ Cardiac arrest กะทันหันต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (Unplanned CPR) และเสียชีวิตจำนวน 3, 4 และ 3 ราย ตามลำดับ³

จากการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยทีมนำทางคลินิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมปัญหา การประเมินซ้ำเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงไม่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์การทำงานน้อย ไม่สามารถดักจับอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ มีการรายงานแพทย์ล่าช้า ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และจากการทบทวนสาเหตุในเชิงระบบพบว่า แนวทางการประเมินการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือน

ภาวะวิกฤตยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความหลากหลายในการปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ดังนั้น จึงมีโอกาสที่จะเกิดความเสียหายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วย สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Early warning signs) คือ อาการ อาการแสดงของโรคที่สำคัญ หรือสัญญาณอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคต่างๆ โดยประเมินจากอาการแสดง สัญญาณชีพที่มีความผิดปกติ การใช้ระบบสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Early warning signs) ในแต่ละโรงพยาบาล จะมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ ส่วนโรงพยาบาลพระยีน ผู้วิจัยเลือกใช้แนวทางของ The National Early Warning Score (NEWS) 2017⁴ ที่ออกแบบและพัฒนาโดย The Royal College of Physicians (RCP) 2017 มาเป็นเครื่องมือในการ Early detection โดยมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ระบบสัญญาณเตือน NEWS มีการระบุองค์ประกอบทางสรีระไว้ทั้งหมด 6 ค่า องค์ประกอบ การประเมินผู้ป่วยแต่ละองค์ประกอบจะให้ค่าคะแนน 1-3 หลังการประเมินมีการรวมผลคะแนนทุกองค์ประกอบ มาจัดเป็นระดับความเสี่ยงทางคลินิก 4 ระดับ คือ 1) 0-4 คะแนน มีความเสี่ยงระดับต่ำ (Low risk) 2) คะแนน 3 ในบางองค์ประกอบ มีความเสี่ยงระดับต่ำถึงปานกลาง (Low-medium risk) 3) 5-6 คะแนน มีความเสี่ยงระดับปานกลาง (Medium risk) 4) ≥ 7 คะแนนมีความเสี่ยงระดับ High risk จากระดับความเสี่ยงและระดับคะแนนที่ประเมินได้ นำไปกำหนดกิจกรรมของพยาบาลเพื่อเชื่อมโยงกับการติดตามเฝ้าระวัง

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัย ที่มีการนำสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตมาใช้ในการประเมินการดูแลผู้ป่วยระหว่างรับไว้ดูแลรักษา พบว่า ผลการศึกษามีผลลัพธ์ที่ดี สามารถ Early detect อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้รวดเร็ว รายงานแพทย์ได้เร็ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเร็ว ทันเวลา ลดความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลพระยีนยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ทำให้การประเมิน

เฝ้าระวังผู้ป่วยจึงมีความหลากหลาย การปฏิบัติขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลแต่ละคน จึงมีโอกาสที่จะเกิดความเสียหายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในประเด็นของแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นระบบป้องกันและการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก จึงได้พัฒนาแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ในโรงพยาบาลพระยีนขึ้น โดยคาดหวังว่าเมื่อนำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ สามารถ Early detect อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สื่อสาร ส่งต่อข้อมูล ให้ทีมผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแก้ไขปัญหาได้ทันสถานการณ์ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในงานวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น มี 5 ขั้นตอน คือ การศึกษาและวิเคราะห์สภาพ ปัญหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมงานทางคลินิก ศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ตามแนวทางของ The National Early Warning Score (NEWS) 2017⁴ มีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล นำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย ที่พัฒนาไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง และประเมินผล การใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม 2) กระบวนการ (Process) เป็นการนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างคือ

ผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ โดยการประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง และ 3) ผลลัพธ์ (Output) ประเมินผลลัพธ์ 3 ด้านคือด้านการปฏิบัติตามแนวทาง NEWS ด้านผลลัพธ์การดูแลประกอบด้วย อุบัติการณ์การส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Refer) อุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจโดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า (Unplanned Tube) อุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพโดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า (Unplanned CPR) และผู้ป่วยเสียชีวิตโดยมิได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า (Unplanned Dead) และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต NEWS ในหอผู้ป่วยใน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยศึกษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-ธันวาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยทุกคนที่รับไว้ดูแลรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ดูแลรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีนตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม 2562 เกณฑ์คัดออก(Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี และผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระต่อภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน ปรับปรุงจาก The National Early Warning Score (NEWS) 2017⁴ ผู้วิจัยและทีมนำทางคลินิก ได้มีการปรับค่า Systolic blood pressure ส่วนของค่าคะแนน 3 จาก 220 mmHg) ลดลงเป็น 180 mmHg. เนื่องจากเป็นค่า Systolic blood pressure ที่จัดอยู่ในระดับรุนแรง Grade 3 hypertension (severe) อ้างอิงตามการจัดระดับความรุนแรงของความดันโลหิตตาม Guidelines for the Management of Arterial

Hypertension 2013 และด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลพระยีนซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงไม่มีแพทย์เฉพาะทาง จำเป็นต้องรับรายงานรายงานแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุทันทีเพื่อให้การช่วยเหลือที่รวดเร็วหรือส่งต่อที่ทันเวลา แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ อัตราการหายใจ ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือด ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความรู้สึกตัว และ อุณหภูมิร่างกาย แต่ละองค์ประกอบมีการให้ค่าคะแนน เมื่อประเมินครบทุกองค์ประกอบแล้วนำผลคะแนนมารวมกัน เพื่อให้การพยาบาลตามเกณฑ์คะแนน NEWS ดังนี้

NEWS 0-4 คะแนน : มีความเสี่ยงระดับต่ำ ติดตามเฝ้าระวัง ทุก 4 ชั่วโมง

NEWS 3 คะแนนในบางองค์ประกอบ : มีความเสี่ยงระดับต่ำ-ปานกลาง รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร ประเมินซ้ำภายใน 30 นาทีภายใน 1 ชั่วโมง พยาบาลหัวหน้าเวรพิจารณารายงานแพทย์ และเฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง

NEWS 5-6 คะแนน : มีความเสี่ยงระดับปานกลาง รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร ประเมินซ้ำภายใน 30 นาที รายงานแพทย์มาดูอาการภายใน 30 นาที จัดให้ผู้ป่วยมาอยู่ในโซนเฝ้าระวัง และเฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง

NEWS \geq 7 : มีความเสี่ยงระดับสูง รายงานแพทย์ทันที ประเมินซ้ำทุก 15 นาทีต่อเนื่อง เตรียมทีม Emergency Response เตรียมความพร้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ช่วยชีวิต และเตรียมความพร้อมในการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) แบบประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย และกิจกรรมการดูแลเฝ้าระวังตามเกณฑ์ของระดับค่าคะแนนในข้อ 1 และ 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการเฝ้าระวังผู้ป่วยสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต NEWS ในหอผู้ป่วยใน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่าใช้มาตราวัดแบบลิเคิต โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ กำหนดค่าคะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้แก่ แพทย์ด้านอายุรกรรม แพทย์ประธานทีมนำทางคลินิก แพทย์ประจำ พยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีนได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91 และได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สาธิตและฝึกทักษะการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย การบันทึกข้อมูล สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 12 คน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจ หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยพยาบาลวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ 1) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการประเมินเฝ้าระวังโดยใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) โดยพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ผู้ป่วยลงชื่อรับทราบ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้ญาติเป็นผู้ลงชื่อแทน 2) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินเฝ้าระวังตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตเมื่อเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย

กลับบ้าน หรือส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นและ3) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยในจนถึงจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหรือจำหน่ายกลับบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม - ธันวาคม 2562 และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC 62067/ 2562 ออกให้ ณ วันที่ 30 กันยายน 2562

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยใน โดยใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- 1.การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระยีน ผู้วิจัยเลือกใช้ตามแนวทางของ The National Early Warning Score (NEWS) ที่ออกแบบและพัฒนาโดย The Royal College of Physicians (RCP) แนวทางการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตและมีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังต่อเนื่องตามค่าคะแนนที่ประเมินได้

ตารางที่ 1 แนวทางการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตโรงพยาบาลพระยีน

Physiological 6 parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
1.Respiration rate (per minute)	≤ 8		9–11	12–20		21–24	≥25
2. SpO2 Scale 1 (%)	≤ 91	92–93	94–95	≥96			
SpO2 Scale 2 (%)	≤ 83	84–85	86–87	88–92	93–94	95–96	≥97
Air or oxygen?		Oxygen		≥93 on air	on oxygen	On oxygen	On oxygen
1.Respiration rate (per minute)	≤ 8		9–11	12–20		21–24	≥25
3.Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–179			≥180
4.Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
5.Consciousness				Alert			CVPU
6.Temperature (°C)	≤35		35.1–36	36.1–38	38.1–	≥39.1	

ปรับปรุงจาก The NEWS Scoring System (NEWS) : The Royal College of Physicians (RCP) 2017

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์ค่าคะแนน NEWS

คะแนน NEWS	ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการพยาบาล
0- 4 คะแนน	Low risk	-ติดตามเฝ้าระวัง ทุก 4 ชม.
3 ในบาง parameter	Low-medium risk	-รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร - ประเมินซ้ำทุก30 นาทีภายใน 1 ชั่วโมง -พยาบาลหัวหน้าเวรพิจารณารายงานแพทย์ -ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง
5- 6 คะแนน	Medium risk	-รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร -ประเมินซ้ำภายใน 30 นาที -รายงานแพทย์มาดูอาการภายใน 30 นาที -จัดให้ผู้ป่วยมาอยู่ในโซนเฝ้าระวัง -ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์ค่าคะแนน NEWS (ต่อ)

คะแนน NEWS	ระดับความเสี่ยง	กิจกรรมการพยาบาล
7 คะแนน ขึ้นไป	High risk	-รายงานแพทย์ทันที -ประเมินซ้ำทุก 15 นาทีต่อเนื่อง -เตรียมทีม Emergency Response -เตรียมความพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิต -เตรียมความพร้อมในการส่งต่อ รพ. แม่ข่าย

2) ผลการประเมินการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย

2.1) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามระดับค่าคะแนน

NEWS

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามเกณฑ์ค่าคะแนน NEWS (n=792)

ระดับคะแนน NEWS	ผู้ป่วยทั้งหมด n(%)	ได้รับการพยาบาลตามเกณฑ์ NEWS n(%)
0 – 4 คะแนน	505(63.76)	505(100.00)
3 คะแนนในบาง Parameter	183(23.11)	176(96.17)
5- 6 คะแนน	85(10.73)	76(89.40)
7 คะแนน ขึ้นไป	19(2.39)	19(100.00)
รวม	792(100.00)	785(97.97)

2.2) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต จำนวน 792 ราย พบเกิดอุบัติการณ์ Unplanned Refer จำนวน 3 ราย (0.37%) รองลงมาเกิดอุบัติการณ์ Unplanned Tube จำนวน 1 ราย (0.12%) อุบัติการณ์ Unplanned CPR จำนวน 1 ราย(0.12%) และมีผู้ป่วยเสียชีวิต Unplanned Dead จำนวน 1 ราย (0.12%)

2.3) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่ เห็นด้วยมากที่สุดในการที่แนวทางสามารถ Early detect อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ (33.33%) รองลงมา คือ แนวทางช่วยในการตัดสินใจหลังการประเมินผู้ป่วยว่าต้องตอบสนองและให้การช่วยเหลือในระดับใด (25.00%) เห็นด้วยในระดับมากที่แนวทางช่วยตัดสินใจหลังการประเมินผู้ป่วยว่าต้องตอบสนองและให้การช่วยเหลือในระดับใด ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก

ซับซ้อน และสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง (66.66%) และแนวทางสามารถ Early detect อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางการประเมิน เฝ้าระวัง NEWS (58.33%)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระยีนจากเดิมไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ ชัดเจนมีมาตรฐาน

ตอบสนองนโยบายด้านการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) ของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับแนวทางการประเมินสัญญาณชีพเพื่อการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (NEWS) เป็นเครื่องมือที่ประเมินจากอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของ 7 ค่า องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความดันโลหิต 2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) อัตราการหายใจ 4) อุณหภูมิกาย 5) ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้ว 6) ระดับความรู้สึกตัว และ 7) จำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง⁵

ผลการนำแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของแองโสมช่วยช่วง⁶ ซึ่งพบว่าแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) ช่วยในการประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลได้ปลอดภัยอย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความปลอดภัยหลังทำ หัตถการมากกว่ากลุ่มควบคุม พยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจมีความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินระดับเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 92.0 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพได้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต NEWS เพื่อให้การพยาบาลตามระดับคะแนนที่กำหนดไว้

ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย พบอุบัติการณ์ Unplanned Refer ระหว่างการดูแลมากที่สุดจำนวน 3 ราย รองลงมา เป็นอุบัติการณ์ Unplanned Intubation Unplanned CPR และเสียชีวิต กล่าวได้ว่าแนวทางการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต สามารถสื่อสารระหว่างทีมดูแลรักษา ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที ลดการเกิดอุบัติการณ์การส่งต่อที่ไม่ได้วางแผน การใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ และการเสียชีวิต โดยไม่ได้คาดหมาย ผลการวิจัยนี้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุศกร ถิ่นนวล^{7,8,9} ซึ่งพบว่า การนำแนวทาง MEWS นี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่อยู่ในภาวะวิกฤต เพื่อเป็นการคัดกรอง ผู้ป่วยเบื้องต้นในหอผู้ป่วย ทำให้ทีมพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาสามารถ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามแนวทางดังกล่าว มาตัดสินใจเพื่อให้การดูแลรักษาโดย

ทีมสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้คาดหมายได้ และผลการวิจัยของลดาวัลย์ ฤทธิกล้า^{10,11} ซึ่งพบว่า การใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สามารถช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤตสรุปได้ว่าแนวทางการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้เร็วขึ้น และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองการรักษาที่รวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงไม่ให้เกิดอาการทรุดลงที่รุนแรงได้

พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) ในหอผู้ป่วย ในพยาบาลวิชาชีพโดยส่วนใหญ่เห็นว่าการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ในข้อสามารถ Early detect อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ รองลงมาช่วยในการตัดสินใจหลังการประเมินผู้ป่วยว่าต้องตอบสนองและให้การช่วยเหลือในระดับใด เห็นด้วยในระดับมากในข้อช่วยในการตัดสินใจหลังการประเมินผู้ป่วยว่าต้องตอบสนองและให้การช่วยเหลือในระดับใด ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง รองลงมาสามารถ Early detect อาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางการประเมิน เฝ้าระวัง NEWS สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัชนิย์ พิมพิไลจน⁹ ที่ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยในมีระยะเวลาในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ทุก 8 ชั่วโมง ร้อยละ 58.6 อัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมีเพียงร้อยละ 1.8 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายแนวทางการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่าแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (National early warning scores system) NEWS ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ การนำระบบสัญญาณเตือนมาใช้เพื่อเป็นสัญญาณเตือนบ่งชี้อาการ

ผู้ป่วย (Response) ที่มีความเสี่ยงต่อ อาการทรุดลงรุนแรง (Recognition) เป็นเครื่องมือที่ช่วยเหลือนพยาบาล (Call for help) ในการติดตามอาการผู้ป่วยที่ชัดเจน (Monitoring)

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการใช้แนวทางการทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล พระยีนอย่างต่อเนื่อง และมีการขยายผลการดำเนินงานการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลพระยีน เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการส่งเสริม สนับสนุนของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น นายแพทย์นิรันดร มณีกันนท์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขปรับปรุงให้เครื่องมือมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้างานหอผู้ป่วยในที่อนุญาตให้จัดทำโครงการและเก็บข้อมูล ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณ สมาชิกในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความอบอุ่น เอาใจใส่ เสมอมา ทำให้มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ จนประสบความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, (2014). **Regional Office for South-East Asia. Hospital Accreditation.**
2. ประเวศ วสี. (2550). **สุนทรียสนธนาวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์.** นนทบุรี : โรงพิมพ์เดือนตุลา;
3. โรงพยาบาลพระยีน. (2562). **รายงานผลการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพ. เครือข่ายสุขภาพอำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น.**

4. Royal College of physicians. **Natinal Early warning Scone (News) standing The assessment of Acute-illness severity in NHS 2017.** Search in. <http://www.rcplondon.ac.uk/site/default/files/document/National-early-warning>
5. กรรณิกา ศิริแสน. (2558). **ประสิทธิผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยระบบ สัญญาณเตือนในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานครคริสเตียน.
6. แสงไสม ช่วยช่วง. (2561). **ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 29(1) : มกราคม – มิถุนายน 2561**
7. บุศกร กลิ่นอวล. **ผลการใช้ Adult Early Warning Scoring System (MEWS) ของหน่วยงาน. ปทุมธานี. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2557.**
8. พิมพ์พรรณ ปันโพธิ์. (2555). **ระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ซึ่งปรับตามบริบท (Modified Early Warning Score) ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2 (2) : 166-177; 2555.**
9. รัชนิยา พิมพ์ใจชน. (2558). **ผลของการใช้รูปแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วย ต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม. ชลบุรี : โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี.**
10. ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. (2558). **ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. ปทุมธานี : โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.**

11. ตุลา วงศ์ปาลี และคณะ. (2556). ผลการใช้ MEWS ในการดูแลต่อเนื่องของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ และหอผู้ป่วยหนัก งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.