

วารสาร

วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404



ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

Vol.4 No.1 January - April 2023



วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Provincial Public Health office

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

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก : เดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุรเดช ขวเดช
นายแพทย์วัชร เอี่ยมรัศมีกุล

นางสุชาดา ชีมายุพันธ์

นายประวุฒิ ละครราช

นางพัชรา ชมภูวิเศษ

นายวีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการ :

นายแพทย์กิตติศักดิ์ พนมพงค์
แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา
นายแพทย์นิสิต บุญอะรุ้ง

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองฮี
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุมรัดด์

ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมลาลย์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ทันตแพทย์นฤพร ชูเสน	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร
ว่าที่ พ.ต.ดร.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ดวงเดือน ศรีมาตี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
เภสัชกรพิทยาภรณ์ ชิมเมอร์มันน์	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ดร.มะลิวรรณ อังคนิตย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนาโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.สุพะยนต์ ชมภูธวัช	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

รศ.ดร.สงครามชัย ลิ้มทองดีสกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุเมธนา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทร์	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สมบัติ อัมระภา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อารีย์ บุตรสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.อรุณ บุญสร้าง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ.อรทัย พงษ์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เพชรบูรณ์ พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.วิภาดา จันทรมณฑล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี
อาจารย์ศุภลักษณ์ เอกอุเวกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
อาจารย์บุญเรือง ศิรินาม	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางจุไรรัตน์ กลางคาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางรุจิรา จันทรหอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 273 ถนนเทวภิบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
โทรศัพท์ 0-4351-1754 ต่อ 114 โทรสาร 0-4351-1087

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ

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 อยู่ด้านบนขวาห่างจากขอบบน 2 ซม. จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช่คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด Font คือ 16 points ตัวหนาโดยพิมพ์ชื่อเรื่องอยู่ตรงกลาง

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ขนาด Font คือ 14 point ตัวหนา ด้านขวาของกระดาษ และระบุชื่อ ที่อยู่หน่วยงานหรือสถานที่ผู้พิมพ์ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Purpose) รูปแบบการวิจัย (Study design) วัสดุและวิธีการวิจัย (Materials and Methods) ผลการวิจัย (Main finding) และสรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations) ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำถาม โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

บทความวิจัย

ประกอบด้วย

บทนำ เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์การวิจัย ในส่วนท้ายของบทนำ

วิธีดำเนินการวิจัย ระบุรูปแบบการวิจัย เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment บอกประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น

เช่นนั้น วิจัยผลลัพธ์ที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง ภาพและแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตาราง หรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพขาว-ดำและมีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่ายหรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกไฟล์ต่างหากไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณ ผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่า มีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ได้บ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้ อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่องส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

แบบฟอร์ม

ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย)

(Angsana New 16 pt ตัวหนา)

ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ)

(Angsana New 16 pt ตัวหนา ขึ้นต้นคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาไทย).....*

(Angsana New 14 pt ตัวหนา ชิดขวา)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาอังกฤษ).....

(Angsana New 14 pt ตัวหนา ขึ้นต้นชื่อและสกุลด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ชิดขวา)

Corresponding author: E-mail:(Angsana New 14 pt ตัวธรรมดา ชิดขวา)

บทคัดย่อ (Angsana New 16 pt)

วัตถุประสงค์ :

รูปแบบการวิจัย :

วัสดุและวิธีการวิจัย :

ผลการวิจัย :

สรุปและข้อเสนอแนะ :

คำสำคัญ :;;

Abstract

Purpose :

Study design :

Materials and Methods :

Main findings :

Conclusion and recommendations :

Keywords :;;

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด (ภาษาอังกฤษ Angsana New 14 pt)

บทนำ

.....
.....

วัตถุประสงค์การวิจัย

.....
.....

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

.....
.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....
.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....
.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....
.....

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

.....
.....

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

.....
.....

ผลการวิจัย

.....
.....

ตารางภาพและแผนภูมิ จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตาราง
หรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้าน
บน

วิจารณ์

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....

กิตติกรรมประกาศ

.....
.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

1.
.....

หมายเหตุ : ต้นฉบับบทความควรมีความยาว 10-15 หน้า

สารบัญ

หน้า

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยา Metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลนารอง ปี 2559-2564 A Study of Factors Associated with Metformin Acidosis in Type 2 Diabetes Patients Hospitalized at Nangrong Hospital, 2016-2021 สุภาภรณ์ แก้วชนะ	9
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม Factors affecting Quality of Life of The Elderly Nong Yang Chin Sub-district, Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province วุฒิพงษ์ บัวสาย	19
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด The Development of the Family Care Team and Network Participation on Service Care Model for Dependent Elderly and Disabled person in Atsamat District, Roi Et Province ศรัณรัตน์ ศิลปักษา, ธารา รัตนอำนาจศิริ	29
การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลถึงบ้าน Development of Transitional Care Program for Older Adults Person with Pulmonary Tuberculosis from Hospital to Home Care บรรจง จาตบุญนาค, วัฒนา สว่างศรี, วันสุ ทวีคณะโชติ โพธิพรรณ	43
รูปแบบในการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม Implementation Model of Promoting Drug Use in the Elderly at Na Chueak District, Mahasarakham Province ชัชวาล โสตาภักดิ์	52

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการป้องกัน การติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ Effects of Oral Health Care Nursing Practice Guidelines on the Prevention of Ventilator - Associated Pneumonia พรรณี วงศ์อำมาตย์	66
โครงการการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคู่หู (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลศรีสะเกษ) ภายใต้นโยบาย Innovative Health Care Management The Development of Nursing Care Systems for Open-Heart Surgery Patients in the Two Partner Hospitals (Sunpasitthiprasong Hospital and Sisaket Hospital) under the Innovative Health Care Management Policy จินตนา ชินาภาส, ประภาพร สุวรรณ์ชัย, สุกัญญา จันทวิสุข, วารุณี กุลราช, กนกวรรณ เหล่าสา	79
การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานการตรวจสอบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด The Development of the Effectiveness Operation Internal Audit of Primary Care Unit Roi Et Hospital Network กาญจนา โทหา, นิตยาพร พันโน	88
ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ The Effects of Risk Reduction Program on Falls Prevention Behaviors of Elderly Risk in Community, Suwannaphum Hospital. พินุตม์ ศรีชัยเลิศสกุล	98
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ Effects of Family Participation Program on Knowledge Outcome Health Promoting Behaviors and Blood Pressure Outcomes in High risk of Hypertension in Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital,Prakhon Chai district, Buri Ram Province. วัชร เสี่ยงมศักดิ์	111

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่น ของประชาชนในจังหวัดนครพนม	127
News perception and preventive behaviors of COVID-19 after the declared to an endemic disease of populations in Nakhon Phanom Province	
ปฐมาภรณ์ อุดานนท์, พเยาวดี แอบไธสง, บารเมษฐ์ ภิราล้า	
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม	139
The Factors Affecting on Competency Standard Village Health Volunteers (VHV) Nakhon Phanom Province	
ชุลีกร คงบุญ	
ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองและกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา	150
Effects of Self-Regulation and Group Process Program on Eating Behaviors, Exercise and Fasting Blood Sugar (FBS) of Diabetes Mellitus Risk Groups in Ban Lao Tama Sub-District Health Promoting Hospital	
ทวีศักดิ์ อินกอง, แววดา คำอูด	

**การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยา Metformin
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลนางรอง ปี 2559-2564**
**A Study of Factors Associated with Metformin Acidosis in Type 2 Diabetes Patients
Hospitalized at Nangrong Hospital, 2016-2021**

สุภาภรณ์ แก้วชนะ*

Supaporn Kaewchana

Corresponding author : E-mail : Kaewchana2@gmail.com

(Received: December 27, 2022 ; Revised: January 9, 2023 ; Accepted: February 2, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ได้รับยา Metformin และมารับการรักษาในโรงพยาบาลนางรอง ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือนกันยายน 2564 จำนวน 93 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact

ผลการวิจัย : พบผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา Metformin มีภาวะเลือดเป็นกรด (52.69%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (53.06%) อายุมากกว่า 70 ปี (44.90%) ระยะเวลาในการได้รับยา Metformin น้อยกว่า 5 ปี (57.14%) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 5-9 วัน (42.86%) ขนาดยา Metformin ที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน 1,000 (42.86%) สำหรับประสิทธิภาพการทำงานของไตพบว่าผู้ป่วยที่มีค่า eGFR 30-59 mL/min/1.73 m² เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (46.94%) รองลงมา eGFR 60-89 mL/min/1.73 m² (28.57%) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c $\geq$ 7 mg% (71.43%) โรคร่วมส่วนมากคือ ไขมันในเลือดสูง (77.55%) และความดันโลหิตสูง (65.13%) ตามลำดับ และไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin แต่มีแนวโน้มเกิดภาวะเลือดเป็นกรดมาก ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง แม้จะได้รับยาขนาดไม่สูง หรือผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการติดตามค่าการทำงานของไต ค่า eGFR, Serum Creatinine ทุก 3 - 6 เดือน ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Metformin เพื่อช่วยลดโอกาส ความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด

คำสำคัญ : ภาวะเลือดเป็นกรด; โรคเบาหวานประเภทที่ 2

ABSTRACT

Purposes : This study incidence and factors associated with metabolic acidosis in patients with type 2 diabetes receiving metformin.

Study design : Retrospective descriptive study

Materials and Methods : 93 of sample consisted of type 2 diabetic patients receiving Metformin and receiving treatment at Nang Rong Hospital. Between October 2016 and September 30, 2021, analyzed data using statistics, percentage, mean and inferential statistics, including Chi-square test, Fisher's exact.

Main findings : 52.69% of diabetic patients receiving metformin had acidosis, most of them were females 53.06%, 44.90% were over 70 years old, and the duration of getting Metformin under 5 Years 57.14%, length of hospital stay was 5 - 9 days 42.86%, Metformin daily doses of 1,000 mg were 42.86%, respectively. The results of studies on the efficiency of the kidneys showed that Patients with eGFR 30 - 59 mL/min/1.73 m² had metabolic acidosis in 46.94%, followed by eGFR 60-89 mL/min/1.73 m² 28.57%, cumulative blood glucose. HbA1c $\geq$ 7, 71.43%, Most of the comorbidities are hyperlipidemia and hypertension 77.55%, and 65.13% respectively, and there were no factors associated with metabolic acidosis in patients with type 2 diabetes receiving Metformin, but there was a tendency for metabolic acidosis to occur in those patients with impaired renal function despite receiving a small dose of medication or patients who control their blood sugar levels well.

Conclusion and recommendations : Therefore kidney function, eGFR, serum creatinine values should be monitored every 3 - 6 months in patients receiving metformin to help reduce the chances of The severity and prevention of metabolic acidosis

Keywords : Metabolic acidosis; Type 2 diabetes.

* Pharmacist Professional Level, Nangrong Hospital.

บทนำ

Metformin เป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่ม Biguanide ที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นยาที่แนะนำให้ใช้เป็นตัวแรกในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) ในผู้ที่ไม่มีข้อห้ามใช้ ทั้งในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และยุโรป เนื่องจากมีประสิทธิภาพดีในการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (ประมาณร้อยละ 1-2) มีผลข้างเคียงเรื่อง ภาวะน้ำตาลต่ำ น้อยมากเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยวและมีราคาถูก¹ สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ของยา Metformin ที่พบได้บ่อยครั้ง ได้แก่ อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal adverse events) เช่น ท้องเสีย (พบได้ร้อยละ 10-53) คลื่นไส้ อาเจียน (พบได้ร้อยละ 6-25) ไม่สบายท้อง (พบได้ร้อยละ 6-7) โดยอาการเหล่านี้ขึ้นกับขนาดยาและมักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการใช้ยาอาจลดอาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารได้ด้วยการเริ่มต้นให้ขนาดยาดำที่ 500 มิลลิกรัมต่อวัน แล้วจึงค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาดและควรรับประทานยา Metformin พร้อมอาหารหรือหลังรับประทานอาหารทันที นอกจากนี้ยาอาจมีผลลดการดูดซึมวิตามินบี 12 (พบได้ร้อยละ 7) และทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง (พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1) ตลอดจนอาการทางผิวหนัง เช่น ผื่น (พบได้ร้อยละ 1-10) ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อยแต่รุนแรงถึงแก่ชีวิต ได้แก่ ภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่ง โดยอุบัติการณ์ของภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่งจากการใช้ยา Metformin มีความแตกต่างกันตามแหล่งที่รายงาน ซึ่งพบตั้งแต่ 3 ถึง 10 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พบภาวะดังกล่าวเสียชีวิตทั้งนี้การแสดงของภาวะดังกล่าวมีความแตกต่างกัน โดยในบางรายอาจไม่มีอาการแสดงหากไม่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่งที่รุนแรง ส่วนในรายที่มีอาการพบว่าส่วนใหญ่เป็นอาการที่ไม่จำเพาะ เช่น อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ หายใจลำบาก ง่วงนอน ไม่สบายท้อง² ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ที่สัมพันธ์กับการใช้ยา Metformin (Metformin Associated Lactic Acidosis: MALA) ที่มีรายงานทั่วโลกพบในสัดส่วน 1.5-530 รายต่อผู้ป่วยหนึ่งแสนคนต่อปี จากการทบทวนวรรณกรรม

อย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของ The Cochrane Collaboration ปี ค.ศ. 2010 ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 347 การศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวนรวม 125,941 ราย พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะเลือด เป็นกรดจากแล็กติกคั่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา Metformin (4.3 รายต่อประชากร 100,000 ต่อปี) และในกลุ่มที่ไม่ได้รับ Metformin (5.4 รายต่อประชากร 100,000 ต่อปี) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของระดับกรดแล็กติกในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ Metformin ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาหลอกหรือยาเบาหวานตัวอื่น³

นอกจากนี้มีการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ในสหราชอาณาจักร ซึ่งใช้ข้อมูลจาก Clinical Practice Research Datalink database เริ่มตั้งแต่ 1 มกราคม ค.ศ.2007 ถึง 31 ธันวาคม ค.ศ.2012 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Metformin จำนวน 77,601 คน พบรายงานการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่ง จำนวน 35 เหตุการณ์ (คิดเป็น 10.37 คน ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี) โดยผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต⁴ สำหรับในประเทศไทยพบการรายงานอุบัติการณ์ของภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่ง การศึกษาของวิภาวี รัตมีธรรม ได้สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 จนถึงปี พ.ศ. 2560 ผลการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่งจากยา Metformin จำนวน 169 ราย ความชุกของการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่งจากยา Metformin ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2560 เท่ากับ 4.6 รายต่อ 100,000 คนต่อปี ระดับความรุนแรงของภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่งส่วนใหญ่ คือ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (ร้อยละ 87.3) และผลลัพธ์หลังจากเกิดภาวะเลือดเป็น กรดจากแล็กติกคั่งส่วนใหญ่คือ หายป่วย ปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม (ร้อยละ 49.1)² การเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) เกิดได้จากหลาย

สาเหตุนอกจากยา ภาวะเลือดเป็นกรดจากกรดแลคติกในเลือดสูง (Lactic Acidosis) เกิดขึ้นเมื่อกรดแลคติกสะสมอยู่ในร่างกายปริมาณมากจากหลายปัจจัย เช่น การติดเชื้อ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะขาดออกซิเจน ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ การออกกำลังกายหนักติดต่อกันเป็นเวลานาน การใช้ยาในกลุ่มซาลิไซเลต (Salicylates) ตับวายหรือตับล้มเหลว การติดเชื้อในกระแสเลือด สาเหตุอื่นๆ เช่น อาเจียน ภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ไตผิดปกติ ในการขับกรด พิษจากสารเคมีบางอย่าง⁵ โรงพยาบาลนางรองมีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 5,142 คน ในปี พ.ศ.2564 จากข้อมูลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use, RDU) ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 ที่มีการส่งเสริมการใช้ยา Metformin เป็นยาขนานแรกหรือใช้ร่วมกับยาอื่นในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 80 ทำให้มีการใช้ยา Metformin เพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลนางรองยังไม่มีการศึกษาเรื่องการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการใช้ยา Metformin มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin ซึ่งสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางป้องกันภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Metformin สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลนางรองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin และมาอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลนางรอง ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - เดือนกันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2564 จำนวน 129 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการหาขนาด ตัวอย่างจากการคำนวณด้วย application n4Studies⁶ โดยใช้สูตร Finite population โดยกำหนด N= 129 P= สัดส่วนการเสียชีวิตด้วยภาวะ Lactic acidosis จากการได้รับยา Metformin ในการศึกษาของวิลาสินี เสียงตรงและคณะ⁷ เท่ากับร้อยละ 33.33 ดังนั้น P=0.33 E กำหนด=0.05 แทนค่าในสูตร n=93

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin และมาอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลนางรอง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง 30 กันยายน 2564 โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงจากผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin และมาอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลนางรอง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin และเกิดภาวะ Type A lactic acidosis
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin และเกิดภาวะ Diabetic ketoacidosis
3. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน จะไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

การตรวจสอบความตรง ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมเฉพาะทางสาขาไต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญงานวิจัย สำนักวิจัยและสถิติเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงของเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย โดยวัดค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว/ภาวะอื่นๆ ของผู้ป่วย ขนาดและวิธีใช้ยา Metformin ระยะเวลาที่ได้รับยา Metformin รายการยาที่ได้รับร่วมกับยา Metformin ค่าความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ ค่าความเป็นกรด-ด่างของเลือด ค่าไบคาร์บอเนตในเลือด และระดับของภาวะเลือดเป็นกรด ผลลัพธ์หลังจากเกิดภาวะเลือดเป็นกรด และยาที่ใช้ร่วมที่มีรายงานความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด แสดงข้อมูลในรูปจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Metformin โดย Chi-square test, Fisher's exact.

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2022-009 ลง วันที่ 24 มีนาคม 2565

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin

ตัวแปร	การเกิดภาวะเลือดเป็นกรด		χ^2	p
	เกิด (n=49)	ไม่เกิด(n=44)		
	n(%)	n(%)		
เพศ				
หญิง	26(53.06)	21(47.73)	0.094	.760
ชาย	23(46.94)	23(52.27)		
อายุ (ปี)				
< 60	14(28.57)	10(22.73)	0.532	.767
60-69	13(26.53)	14(31.82)		
> 70	22(44.90)	20(45.45)		

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา Metformin จำนวน 93 คน มีภาวะเลือดเป็นกรด (52.69%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (53.06%) อายุมากกว่า 70 ปี (44.90%) ระยะเวลาในการได้รับยา Metformin น้อยกว่า 5 ปี (57.14%) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 5-9 วัน (42.86%) ขนาดยา Metformin ที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน 1,000 (42.86%) สำหรับประสิทธิภาพการทำงานของไตพบว่าผู้ป่วยที่มีค่า eGFR 30-59 mL/min/1.73 m² เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (46.94%) รองลงมา eGFR 60-89 mL/min/1.73 m² (28.57%) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c $\geq$ 7 mg% (71.43%) โรคร่วมส่วนมากคือ ไขมันในเลือดสูง (77.55%) และความดันโลหิตสูง (65.13%) ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin พบว่า เพศ อายุ ระยะเวลาในการได้รับยา Metformin ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ขนาดยา Metformin ที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน ประสิทธิภาพการทำงานของไต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โรคร่วมได้แก่ ไขมันในเลือด ความดันโลหิต และยาที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกับยา Metformin ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	การเกิดภาวะเลือดเป็นกรด		χ^2	p
	เกิด (n=49) n(%)	ไม่เกิด(n=44) n(%)		
ระยะเวลาที่ได้รับยา Metformin				
< 5 ปี	28(57.14)	22(44.00)	5.018	.081
5 – 10 ปี	17(34.69)	11(25.00)		
> 10 ปี	4(8.16)	11(25.00)		
ระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาล(วัน)				
<5	11(22.45)	15(34.09)	1.560	.458
5 – 9	21(42.86)	16(36.36)		
> 10	17(34.69)	13(29.55)		
ขนาดยา Metformin ต่อวัน (mg/day)				
500	4(8.16)	5(11.36)	1.220	.943
1,000	21(42.86)	17(38.64)		
1,500	4(8.16)	3(6.82)		
2,000	16(32.65)	13(29.55)		
2,500	1(2.04)	1(2.27)		
3,000	3(6.12)	5(11.36)		
ประสิทธิภาพการทำงานของไต				
eGFR ≥ 90 mL/min/1.73 m ²	10(20.41)	8(18.18)	2.730	.435
eGFR 60-89 mL/min/1.73 m ²	14(28.57)	16(36.36)		
eGFR 30-59 mL/min/1.73 m ²	23(46.94)	16(36.36)		
eGFR 15-29 mL/min/1.73 m ²	2(4.08)	4(9.09)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	การเกิดภาวะเลือดเป็นกรด		χ^2	p
	เกิด (n=49)	ไม่เกิด(n=44)		
	n(%)	n(%)		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด				
HbA1c				
< 7 mg%	14(28.57)	11(25.00)	0.024	.877
≥ 7 mg%	35(71.43)	33(75.00)		
โรคร่วม				
ไขมันในเลือดสูง	38(77.55)	32(72.73)	0.089	.766*
ความดันโลหิตสูง	32(65.13)	29(65.91)	0.025	.875

*Fisher's exact

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้ยา Metformin แล้วเกิดภาวะเลือดเป็นกรดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (53.06%) ใกล้เคียงกับการศึกษาของวิกาวิ รัตมีธรรม² พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.50%) และส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปี (44.90%) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ F. Renda et al⁸ ที่ผู้ป่วยมีค่าอายุเฉลี่ย 68 ± 10.5 ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเฟื่องรักษ์ ร่วมเจริญ⁹ พบผู้ป่วยมีอยู่ระหว่าง 51-60 ปี (48.39%) นอกจากนี้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับประทาน Metformin น้อยกว่า 5 ปี (57.14%) ใกล้เคียงกับการศึกษาของวิลาสินี เสียงตรงและคณะ⁷ ซึ่งมีระยะเวลาได้รับยานานเฉลี่ย 5.49 ± 3.74 ปี สำหรับขนาดยา Metformin ที่ผู้ป่วยได้รับพบว่าผู้ป่วยรับประทาน Metformin ขนาด 1,000 มิลลิกรัมต่อวันมากที่สุด (42.86%), ในทำนองเดียวกับการศึกษาของวิลาสินี เสียงตรงและคณะ⁷ พบว่าขนาดยา Metformin 1,001-2,000 มิลลิกรัมต่อวันมากที่สุด (55.56%); และการศึกษาของเฟื่องรักษ์ ร่วมเจริญ⁹ ที่ผู้ป่วยรับประทาน Metformin ขนาด 1,000-2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (62.50%) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ F. Renda et al⁸ ซึ่งได้รับขนาดยา Metformin เฉลี่ยต่อวัน (Median) เท่ากับ 2,000 มิลลิกรัม (400-3,000 มิลลิกรัมต่อวัน; IQR เท่ากับ 1,000-2,250 มิลลิกรัมต่อวัน; และแตกต่างจากการศึกษา

แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ในสหราชอาณาจักร โดยลักษณะของผู้ป่วยที่มีรายงาน การเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแล็กติกคั่งจากการใช้ยา Metformin ได้แก่ อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (62.1%) โดยขนาดยา Metformin ที่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ได้รับเท่ากับ 500 มิลลิกรัม (78.4%) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มได้รับยา Metformin จนเกิดภาวะเลือดเป็นกรดเท่ากับ 32 เดือน⁴ จากข้อมูล อายุ ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับและระยะเวลาในการรับประทานยา Metformin จะพบความแตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษายังมีจำนวนน้อย ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระยะเวลาในการได้รับยา และขนาดของยา Metformin ที่ผู้ป่วยได้รับกับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด สำหรับค่าการทำงานของไตจากการศึกษาพบว่าค่า eGFR 30-59 ml/min/1.73 m² ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (46.94%), และเมื่อมีค่าการทำงานของไตลดลง eGFR 60-89 ml/min/1.73 m² ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (28.57%), ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟื่องรักษ์ ร่วมเจริญ⁹ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดมากที่สุดคือการทำงานของไตลดลง (91.93%); และสอดคล้องกับการศึกษาผลของเมทฟอร์มินขนาดสูงต่อการทำงานของไตและขนาดที่เหมาะสม ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องพบว่า

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแลคติกเอซิดอซิสหรือการเพิ่มขึ้นของระดับแลคเตตในกระแสเลือด ของผู้ป่วยที่กำลังใช้ยา Metformin อยู่ในปัจจุบัน (Current Metformin use) ความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงที่ $eGFR < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ โรคร่วมที่พบมี 2 โรคที่พบบ่อย คือ ไขมันในเลือดสูง (77.55%) และความดันโลหิตสูง (65.13%) ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (74.07%) ไขมันในเลือดสูง (19.44%)⁷ โดยยาลดไขมันในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับในกลุ่ม Statin จะมีอาการไม่พึงประสงค์เรื่องตับอักเสบ (Hepatitis) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้ โดยปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานของตับบกพร่อง พบได้ร้อยละ 8.07 โดยตับ ไม่สามารถนำเอา Lactate ไปสร้างน้ำตาลได้ (Gluconeogenesis) ทำให้เกิดการสะสมของ Lactate ร่วมกับผลของยา Metformin ที่ออกฤทธิ์เปลี่ยนน้ำตาลเป็น Lactate ที่ลำไส้ และลดการสร้างน้ำตาลจาก Lactate ที่ลำไส้และที่ตับยังทำให้มีการสะสมของ Lactate เพิ่มขึ้นอย่างมากและรุนแรง⁹ นอกจากนี้ยาลดความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ได้แก่ Enalapril หรือ Losartan ซึ่งเป็นยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์เรื่อง Hyperkalemia หรือภาวะ Potassium ในเลือดสูง และอาจเป็นปัจจัยให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยที่มีการใช้ยา Metformin ได้เช่นกัน¹¹ อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามและเฝ้าระวังภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยที่ได้รับยา Metformin ร่วมกับยาดังกล่าวข้างต้น

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin พบว่า เพศ อายุ ขนาดยา Metformin ที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันประสิทธิภาพการทำงานของไต ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin โรงพยาบาลบุรีรัมย์⁷

และการศึกษาภาวะกรดในเลือดจากยา Metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลนครพนม⁹ อย่างไรก็ตามแม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยา Metformin แต่จากข้อมูลจะพบแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดเป็นกรด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุมากกว่า 70 ปี ได้รับยา Metformin น้อยกว่า 5 ปี ขนาดยา Metformin ที่ได้รับตั้งแต่ 1,000 – 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และเมื่อมีการทำงานของไตที่ลดลงก็มีโอกาสเกิดภาวะเลือดเป็นกรดมากกว่าผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตดี สำหรับค่าน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ก่อนการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดน้อยกว่า แสดงว่าแม้ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยา Metformin จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีก็มีโอกาสเกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถช่วยลดโอกาสและความรุนแรงของการภาวะเลือดเป็นกรดได้ โดยติดตามผู้ป่วยที่ใช้ยา Metformin ควรตรวจการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอทุก 3-6 เดือน และไม่ควรให้ยา หาก $eGFR$ น้อยกว่า $30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ เฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะ Dehydrate และการติดเชื้อที่รุนแรงให้เฝ้าระวังอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เชื่องซึม หายใจหอบ หรือ ความดันโลหิตต่ำ
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานและมีโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มีการใช้ยา Enalapril หรือ Losartan ควรมีการเจาะเลือดหาค่า Potassium ทุก 3-6 เดือน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI) และอาจเป็นปัจจัยให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยที่มีการใช้ยา Metformin ได้
3. ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์ได้ในกรณีที่มีการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ในการศึกษาครั้งถัดไป ควรเพิ่มเติมโดยกำหนดการศึกษาแบบติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า เพื่อความสมบูรณ์ของการเก็บข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ และควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือก Case – Control group ในการศึกษาให้มากขึ้นเพื่อควบคุม

ปัจจัยกวนอื่นๆ (Confounder) นอกจากนี้ในการศึกษานี้ ไม่มีการตรวจคัดกรองเลือดเนื่องจากโรงพยาบาล นางรองยังไม่สามารถตรวจคัดกรองเลือดได้ ดังนั้น หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรให้มีการตรวจคัดกรองเลือด ในเลือด เพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากยา Metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลนางรอง สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากท่านนายแพทย์วัชรพงษ์ ชอบสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ คำชี้แนะและการให้คำปรึกษา การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยท่านอาจารย์ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักวิจัยและสถิติ แพทย์หญิงกุลดา เสียวเสถียรวงศ์ แพทย์อายุรกรรมโรคไต คุณเอี่ยมศิริ จำลองกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เกสัชกรหญิงนฤมล ชันเงิน เกสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เกสัชกรหญิงกนกพร ชนะคำ เกสัชกรเชี่ยวชาญ และทีมงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้จัดการอบรมและสนับสนุนการศึกษา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่าน ที่กล่าวนำข้างต้นเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย จำกัด; 2560.
2. วิภาวี รัตมีธรรม. การศึกษาการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากเลือดคั่งจากยาเมทฟอร์มิน โดยใช้ข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.

3. Salpeter SR, Greyber E, Pasternak GA, Salpeter EE. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(4):CD002967. doi: 10.1002/14651858.CD002967.pub4. PMID: 20393934; PMCID: PMC7138050.
4. Richy FF, Sabidó-Espin M, Guedes S, Corvino FA, Gottwald-Hostalek U. Incidence of lactic acidosis in patients with type 2 diabetes with and without renal impairment treated with metformin: a retrospective cohort study. Diabetes care. 2014;37(8):2291-5.
5. PobPad. เลือดเป็นกรด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2022 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pobpad.com>.
6. Daniel WW. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
7. วิลาลินี เสียงตรง, พัชรียัมรัตนบวร, จินดา ประจัญตานต์, บุญส่ง เอี่ยมฤกษ์ศิริ, นรินทร์ จินดาเวช, อัญชนาคำพิลา. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะ Metformin Associated Lactic Acidosis ในผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ได้รับยาเมทฟอร์มินโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่าง พ.ศ.255 -2560. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(5):1066-76.
8. Renda F, Mura P, Finco G, Ferrazin F, Pani L, Landoni G. Metformin-associated lactic acidosis requiring hospitalization. A national 10 year survey and a systematic literature review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17(Suppl 1):45-9.
9. เพ็ญรักษ์ ร่วมเจริญ. ภาวะกรดในเลือดจากยา Metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาล นครพนม ปี 2553-2556. วารสารวิชาการสาธารณสุข.

2558;24(2):337-46.

10. วิภาวี รัชมีธรรม, กรณ์ธีรัตน์ ทิวถนอม. ผลของเมทฟอร์มินขนาดสูงต่อการทำงานของไตและขนาดที่เหมาะสม ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง. วารสาร Veridian E Journalฯ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;5(3):139-48.
11. สัจจิรา วีนิน. ภาวะ Metabolic acidosis จากยาหรือสารพิษ. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2563;30(3):198-212.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองย่างขึ้น
อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม**

**Factors affecting Quality of Life of The Elderly Nong Yang Chin Sub-district,
Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province**

วุฒิพงษ์ บัวสาย*

Vuttipong Buasai

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

(Received: January 10,2023 ; Revised: January 18,2023 ; Accepted: February 11,2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลหนองย่างขึ้น จำนวน 518 คน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ช่วงอายุ เพศ โดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยใช้ Multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% confidence interval

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 518 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 302 คน (58.3%) อายุในช่วง 60-69 ปี จำนวน 326 คน (62.9%) สถานภาพสมรส สมรสแล้ว จำนวน 285 คน (55.0%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 355 คน (68.5%) รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 481 คน (92.9%) แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากสวัสดิการจากรัฐ จำนวน 493 คน (95.2%) อาศัยอยู่กับบุตร/ธิดา จำนวน 232 คน (44.8%) ทุกคนมีผู้ดูแลและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือหมู่บ้านและไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 411 คน (79.3%) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลหนองย่างขึ้น ($p<.05$) ได้แก่ ตัวแปรเพศ การมีโรคประจำตัว คะแนนด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อม

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรนำตัวแปรนี้ไปออกแบบโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนคร

ABSTRACT

Purposes : To study the quality of life characteristics and to study factors affecting the quality of life of the elderly In Nong Yang Chin Subdistrict, Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province

Study design : Survey research.

Materials and Methods : 518 population and sample is an elderly person in Nong Yang Chin Sub-district. Analyze personal data such as age range and sex using descriptive statistics. Frequency, Percentage, Mean and Standard deviation and Factors associated with quality of life were analyzed using multiple logistic regression, with statistical significance set at 95% confidence interval.

Main findings : 518 person were 302(58.30%) female, 326(62.9%) 60-69 years, 285(55.0%) were married, 355(68.5%) primary education, 481(92.9%) an income less than 10,000 baht, 493(95.2%) welfare the state, 232(44.8%) live with sons/daughters, everyone has caretaker and members of the elderly club and 411(79.3%) underlying disease. The quality of life elderly The overall level was very high and Factors related to quality of elderly consisted statistically significant ($p<.05$) of gender, underlying diseases, physical health scores and the environment

Conclusion and recommendations : The findings of this research indicate that variables are related to a quality of life of elderly. Therefore, this variable should be used in design project of health promotion programs for elderly.

Keywords : Quality of life; The elderly; Factors affecting quality of life

* Public Health Technical Officer, Professional Level. Renu Nakhon District Public Health Office.

บทนำ

ประชากรในเอเชียมีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก คาดว่า สัดส่วนมีผู้อายุ 60 ปีขึ้นไปในเอเชียและจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นถือเป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลกและเป็นประเทศแรกของโลกที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) โดยมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในประเทศและในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 30,000 คน ต่อเดือนซึ่งคาดว่าจะมีมากถึงร้อยละ 37.3 ของประชากรทั้งหมดในประเทศและประเทศเกาหลีใต้ก็เผชิญกับสถานการณ์คล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่นเช่นกัน โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนอยู่ที่ร้อยละ 31.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมดถือว่าเป็นอันดับสองในเอเชียรองจากประเทศญี่ปุ่น ประเทศมหาอำนาจอย่างประเทศจีนเองก็กำลังเผชิญหน้ากับปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่เกิดจากนโยบายลูกคนเดียว (One-child policy) ซึ่งทำให้จำนวนประชากรรุ่นใหม่มีจำนวนน้อยลง โดยอัตราประชากรสูงอายุของจีนจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 25.3 ในปี พ.ศ. 2573 ในขณะที่ประเทศกัมพูชา ปากีสถาน และลาวยังคงเป็นประเทศที่มีประชากรสูงวัยน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในทวีปเอเชีย โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10.4 ร้อยละ 8.4 และร้อยละ 8.1 ตามลำดับ¹ ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหลังจากเมื่อสามปีก่อนนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีโดยประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2565 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็น 18.3% ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 0.5% แบ่งเป็นผู้สูงอายุน้อยช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็น 56.5% ของผู้สูงอายุทั้งหมดผู้สูงอายุวัยกลาง ช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3,522,778 คน คิดเป็น 29.1% และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็น 14.4%² ด้วยประชากรวัยสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็กและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 คน

มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป จะมีประมาณ 4.6 ล้านคนด้วยฐานจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประมาณ 13.04 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 95-96 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดยังมีรายได้ไม่สูง หรือมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 300,000 บาทต่อปี โดยประชากรวัยแรงงานมีเพียง 35.18 ล้านคนลดลง 7.6 ล้านคน ลดลงจากปี พ.ศ. 2553 ที่มีอยู่ 42.74 ล้านคนส่งผลต่อประเทศที่พัฒนาขยายตัวทางเศรษฐกิจ³

การเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุคือ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัวรวมทั้งระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต⁴ ซึ่งในตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม แบ่งเป็นหมู่บ้าน 8 หมู่บ้านได้แก่ บ้านหัวขัวได้ บ้านหนองย่างขึ้น หมู่ที่ 2 บ้านหนองย่างขึ้น หมู่ที่ 7 และบ้านหนองย่างขึ้น หมู่ที่ 8 บ้านนาดี บ้านโนนสะอาด บ้านนาคอย บ้านโคกเจริญ มีประชากรทั้งหมด 4,376 คน ซึ่งประชากรร้อยละ 44 ประกอบอาชีพทางการเกษตร พืชที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว ผัก ปลอดภัยพืชและใบยาสูบ และยังมีอาชีพเสริมคือเลี้ยงวัว ร้อยละ 50 รับราชการ ร้อยละ 6 ประชาชนมีความสามัคคีกันเป็นชุมชนที่เข้มแข็งมีกลุ่มส่งเสริมอาชีพด้านต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ ที่ผ่านมาในตำบลหนองย่างขึ้น เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากทำให้ผู้นำชุมชนและชุมชนได้ปรึกษาหารือโดยได้ทำการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบลขึ้นโดยความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองย่างขึ้นอำนวยความสะดวกในการใช้สถานที่ห้องประชุม ซึ่งมีสมาชิกทั้งหมด 518 คน จากชุมชนจำนวน 8 หมู่บ้าน และได้รับความร่วมมือจากสมาชิกในชมรม⁵ ด้วยการดำเนิน

กิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องจนปัจจุบันโดยการดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุ และด้วยสภาวะสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าว มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด และเป็นผู้มีส่วนร่วมและส่งเสริมในกิจกรรมดำเนินการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน อีกทั้งยังไม่เคยทำการศึกษาความสัมพันธ์ในคุณภาพชีวิตของกลุ่มชมรมผู้สูงอายุในชุมชนดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองย่างขึ้นอำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ด้วยแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองย่างขึ้น จำนวน 518 คน โดยทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ที่ได้จากการสัมภาษณ์และกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 518 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมดที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 518 คน ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนกันยายน 2564 -ตุลาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ปรับและพัฒนาแบบสอบถามของนัสมล บุตรวิเศษ⁶ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ที่ศึกษาซึ่ง

ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ข้อมูลปัจจัยเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคประจำตัวและภาระหนี้สิน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากแนวความคิดองค์การอนามัยโลก และการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อเสนอแนะ/แนวทางอื่นๆ แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนนตามมาตรวัดประมาณค่าแบบ Likert scale คือ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านนั้นๆ อยู่ในระดับต่ำมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านนั้นๆ อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านนั้นๆ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านนั้นๆ อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านนั้นๆ อยู่ในระดับสูงมาก

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และผู้นำชุมชนตรวจสอบ ร่างแบบสัมภาษณ์หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่า ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาตั้งแต่ 0.80-1.00 และตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบว่าคำถามในแต่ละข้อของแบบ

สัมภาษณ์ สามารถสื่อความหมายตรงตามที่ต้องการ และคำถามมีความเหมาะสมหรือไม่ หลังจากนั้นนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นพบว่า มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ Multiple Logistic Regression

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เอกสารรับรองเลขที่ REC021/65

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 518 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดี จำนวน 274 คน (52.90%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง (n=518)

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตที่ดี n(%)	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี n(%)
	(n=274)	(n=244)
เพศ		
ชาย	158(57.7)	58(23.8)
หญิง	116(42.3)	186(76.2)
อายุ		
60 – 69 ปี	177(64.6)	149(61.1)
70 – 79 ปี	74(27)	79(32.4)
อายุ 80 ปีขึ้นไป	23(8.4)	16(6.6)
สถานภาพสมรส		
โสด	17(6.2)	17(7.0)
สมรส	154(56.2)	131(53.7)
หย่าร้าง	2(0.7)	5(2.0)

และคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 244 คน (47.10%) ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 158 คน (57.7%) อายุ 60-69 ปี จำนวน 177 คน (64.6%) สมรสแล้วจำนวน 154 คน (56.2%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาจำนวน 185 คน (67.5%) รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 252 คน (92.0%) แหล่งรายได้มาจากสวัสดิการจากรัฐจำนวน 258 คน (94.2%) อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 130 คน (47.4%) ทุกคนมีผู้ดูแล และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือหมู่บ้าน ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 229 คน (83.6%) ส่วนกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 186 คน (76.2%) อายุ 60-69 ปี จำนวน 149 คน (61.1%) สมรสแล้วจำนวน 131 คน (53.7%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 170 คน (69.7%) รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 229 คน (93.9%) แหล่งรายได้มาจากสวัสดิการจากรัฐ จำนวน 235 คน (96.3%) อาศัยอยู่บุตร/ธิดา จำนวน 123 คน (50.4%) ทุกคนมีผู้ดูแล เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือหมู่บ้าน และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 182 คน (74.6%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตที่ดี n(%)	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี n(%)
	(n=274)	(n=244)
หม้าย	99(36.1)	89(36.5)
แยกกันอยู่	2(0.7)	2(0.8)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	185(67.5)	170(69.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	34(12.4)	18(7.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23(8.4)	27(11.1)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	9(3.3)	11(4.5)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส.)	16(5.8)	14(5.7)
ปริญญาตรี	6(2.2)	4(1.6)
ปริญญาโท	1(0.4)	0(0.0)
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	252(92.0)	229(93.9)
10,001 – 20,000 บาท	3(1.0)	5(2.0)
20,001 – 30,000 บาท	12(4.4)	6(2.5)
มากกว่า 30,000 บาท	7(2.6)	4(1.6)
แหล่งรายได้		
ข้าราชการบำนาญ	16(5.8)	9(3.7)
สวัสดิการจากรัฐ	258(94.2)	235(96.3)
การอาศัยอยู่กับครอบครัวในปัจจุบัน		
บุตร/ธิดา	109(39.8)	123(50.4)
คู่สมรส	130(47.4)	80(32.8)
อยู่คนเดียว	16(5.8)	19(7.8)
อยู่กับญาติ	19(6.9)	22(9.0)
การมีผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	274(100)	244(100)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตที่ดี n(%)	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี n(%)
	(n=274)	(n=244)
การมีโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	45(16.4)	62(25.4)
ไม่มีโรคประจำตัว	229(83.6)	182(74.6)
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/หมู่บ้าน		
เป็นสมาชิก	274(100)	244(100)

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองย่างซัน อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านสุขภาพร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูงมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองย่างซัน อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม

คุณภาพชีวิต	Mean(SD)	ระดับ
โดยรวม	4.24(0.18)	สูงมาก
รายด้าน		
ด้านสุขภาพร่างกาย	4.36(0.26)	สูงมาก
ด้านจิตใจ	3.62(0.30)	สูง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4.44(0.31)	สูงมาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	4.54(0.24)	สูงมาก

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ประกอบด้วย เพศ การมีโรคประจำตัว คะแนนด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อมตามรายละเอียด ดังนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่ามากเป็น 4.695 เท่าของผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง (95%CI; 2.732, 8.067; $p < .01$) ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่ามากเป็น 2.635 เท่าของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (95%CI; 2.732, 8.067;

$p = .016$) ผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านสุขภาพร่างกายสูงมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่ามากเป็น 75.780 เท่าของผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านสุขภาพร่างกายต่ำ (95%CI; 10.095, 568.844; $p = .016$) ผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านสิ่งแวดล้อมสูงมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่ามากเป็น 72.989 เท่าของผู้สูงอายุที่มีคะแนนด้านสิ่งแวดล้อมต่ำ (95%CI; 9.531, 558.934; $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแบบพหุลอยจิสติกในโมเดลสุดท้ายระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองย่างขึ้น อำเภอรามนคร จังหวัดนครพนม

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต		OR _{adj.}	95% CI	p
	ดี(n=274)	ไม่ดี(n=244)			
เพศ					
ชาย	158(57.7)	58(23.8)	4.695	(2.732-8.067)	<.001
หญิง	116(42.3)	186(76.2)	Ref.		
อายุ			-	-	-
60 – 69 ปี	177(64.6)	149(61.1)			
70 ปีขึ้นไป	97(35.4)	95(38.9)			
สถานภาพสมรส			-	-	-
สมรส	154(56.2)	131(53.7)			
อื่นๆ	120(43.8)	113(46.3)			
ระดับการศึกษา			-	-	-
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	185(67.5)	170(69.7)			
มัธยมศึกษาขึ้นไป	89(32.5)	74(30.3)			
รายได้ต่อเดือน			-	-	-
น้อยกว่า 10,000 บาท	252(92.0)	229(93.9)			
ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป	22(8.0)	15(6.1)			
แหล่งรายได้			-	-	-
สวัสดิการจากรัฐ	258(94.2)	235(96.3)			
บำนาญ	16(5.8)	9(3.7)			
การอาศัยอยู่กับครอบครัวปัจจุบัน			-	-	-
อยู่กับบุตร/ธิดาหรือคู่สมรส	239(87.2)	203(83.2)			
อื่นๆ	35(12.8)	41(16.8)			
การมีผู้ดูแล			-	-	-
มีผู้ดูแล	274(100)	244(100)			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต		OR _{adj.}	95% CI	p
	ดี(n=274)	ไม่ดี(n=244)			
การมีโรคประจำตัว					.016
ไม่มีโรคประจำตัว	229(83.6)	182(74.6)	2.635	(1.19-5.80)	
มีโรคประจำตัว	45(16.4)	62(25.4)	Ref.		
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/ หมู่บ้าน			-	-	-
เป็นสมาชิก	274(100)	244(100)			
ด้านสุขภาพร่างกาย					<.001
คะแนนสูง	192(70.1)	20(8.2)	75.780	(10.09-568.84)	
คะแนนต่ำ	82(29.9)	224(91.8)	Ref.		
ด้านจิตใจ			-	-	-
คะแนนสูง	35(12.8)	32(13.1)			
คะแนนต่ำ	239(87.2)	212(86.9)			
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม			-	-	.994
คะแนนสูง	149(54.4)	0(0.0)			
คะแนนต่ำ	125(45.6)	244(100)			
ด้านสิ่งแวดล้อม				(9.53-558.93)	<.001
คะแนนสูง	214(78.1)	170(69.7)	72.989		
คะแนนต่ำ	60(21.9)	74(30.3)	Ref.		

วิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านสุขภาพร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูงมาก โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p<.05$) ประกอบด้วย เพศ การมีโรคประจำตัว คะแนนด้านสุขภาพร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับการศึกษาของนัสมล

บุตรีเศษและอุปริญฐา อินทรสาต⁶ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ($p=.001$) พลังกำลังที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ($p=.001$) และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ($p=.001$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของจิรัชยา เคล้าดี⁷ พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทุกด้าน ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) สถานภาพ 4) ความมีโรค/อาการป่วย 5) ความสามารถในการอ่านหนังสือ 6) ความสามารถในการเขียนหนังสือ 7) ระดับการศึกษา 8) การเป็นสมาชิกกลุ่ม

ของชุมชน 9) แหล่งที่มาของรายได้ 10) รายได้ 11) ภาระหนี้สิน 12) เงินออม 13) การได้รับเบี้ยยังชีพ และ 14) บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. บรรจง ลาวะลี, พระศรีวินยาภรณ์ (สายรุ้ง อินทาวุธ), สุเทพ เมย์ไธสง, อติศักดิ์ ทุมอนันต์, ฉัตรชัย ชมชาวี. การศึกษาสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิชาการ มจร บุรีรัมย์. 2564;6(1):172-183.
2. Marketeer Team. สถิติผู้สูงอายุไทยปี 65 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเติมเนื่องแต่อัตราการเกิดต่ำ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: Marketeer; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://marketeeronline.co/archives/272771>
3. พิมพ์พิชา อินทร์โสภ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยเขตจังหวัดสมุทรปราการ [การศึกษาอิสระ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
4. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):64-70.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเรณูนคร. สารสนเทศภูมิศาสตร์ข้อมูลสุขภาพนครพนม (GIS). นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ; 2565.
6. นัสมล บุตรวิเศษ, อุปรีฎฐา อินทรสาด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิศูนย์พระนครศรีอยุธยา; 2563.
7. จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ, จักรวาล สุขไมตรี. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารราชพฤกษ์. 2560;15(1): 27-32.

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of the Family Care Team and Network Participation on Service Care Model for Dependent Elderly and Disabled person in Atsamat District, Roi Et Province

ศรันธรัตน์ ศิลปภักษา* ธารา รัตนอำนวยศิริ**

Saranrat Sinlapaksa , Thara Rattanaamnuaysiri

Corresponding author: E-mail: sisterer1_d@hotmail.com

(Received: January 13,2023 ; Revised: January 20,2023 ; Accepted: February 15,2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ญาติ/ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทีมหมอครอบครัว ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 242 คน ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบประเมินความพึงพอใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน การวิจัยแบ่งเป็น ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหา ค้นข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย และร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ระยะที่ 2 วางแผนและนำรูปแบบการไปปฏิบัติ และระยะที่ 3 ติดตามประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความพิการกว่าร้อยละ 30 ไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการเกิดจากผู้พิการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ฐานะยากจน ไม่มีผู้ดูแล แพทย์ต้องประเมินความพิการทุกราย ไม่มีช่องทางด่วน ใช้เวลานาน และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนประกอบด้วยขั้นตอนการออกหนังสือรับรองความพิการโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล และการมีช่องทางด่วนสำหรับผู้พิการ และ 3) หลังการพัฒนาพบว่าผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขทุกราย

สรุปและข้อเสนอแนะ : ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนร่วมกันค้นหาผู้พิการและส่งต่อให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และได้รับสวัสดิการทางสังคม โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และร่วมกันพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ผู้พิการ; ทีมหมอครอบครัว

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

**นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอาจสามารถ

ABSTRACT

Purpose : To develop of the Family Care Team and network participation on dependent elderly and disabled person service care model in Atsamat District.

Study design : Participatory Action Research : PAR

Materials and Methods : The operation for the dependent elderly and disabled person, the relatives, the local government organization officer, Health officer, Health volunteers, Head of the community, Caregiver (CG) and Care Manager (CM) and family care team, there are 242 persons. The materials in the study are the In-depth interview, focus group, observation for non-participation, document review, satisfaction assessment form. The study has 3 phase. 1) Study the context and situation for the dependent elderly and disabled person in the community, feedback for develop the Participation on service care model for family care team design with the participation network. 2) Plan to action and develop the system by the family care team and participation network and 3) Evaluation phase. The quality data analyze the content analysis and the quantity data by the descriptive statistic. The study is on October 2021-December 2022.

Main findings : 1) The dependent elderly and disabled person in Atsamat District no have registered for disabled person ID card more than 30 percent, because most of them are the dependent elderly person, poor , leave alone, the medicine assessment, no hospital pathway and loss of the community and network participation. 2) The model of the Family Care Team and Network Participation on dependent elderly and disabled person service care include the family medicine are assessment and improved for disabled person certificate by Group Line and the pathway for elderly and disabled person in hospital, and 3) After the development, the dependent elderly and disabled person had social welfare and health service are increasing.

Conclusion and recommendations : The Participation on Service care Model for Long Term Care with Dependent Elderly in Atsamat Network is integrated by the local government organization, the community, the public health officer. The lesson learned and the knowledge sharing are important for develop and move the operation. Resulting in participation for LTC in continuous and sustainable in the community.

Keywords : The dependent elderly; Disabled person; Family Care Team

*Public Health Technical Officer, Professional Level. Atsamat Hospital.

**Medical Physician, Expert Level. Atsamat Hospital.

บทนำ

รัฐบาลให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบการดูแลระยะยาวพึ่งพิง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งและไม่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดภาระต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) แบบบูรณาการในพื้นที่ เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 โดยสนับสนุนงบประมาณให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จำนวน 600 ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2559 เพื่อการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน/ติดเตียง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนครอบครัวอันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ป้องกันผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่ให้เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม โดยในปี พ.ศ.2559 รัฐบาลได้เริ่มสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ในอัตราเหมาจ่ายรายละ 5,000 บาท/คน/ปี โดยมีเป้าหมายคือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ¹

ปัจจุบันรัฐบาลตระหนักและให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการมากขึ้น เนื่องจากสภาพของความเป็นอยู่และการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ในการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมจึงสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการได้รับความคุ้มครอง สงเคราะห์ พัฒนาสมรรถภาพ โดยวิธีการทางการแพทย์ การศึกษา อาชีพ และสังคม การพัฒนาและแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการได้รับสิทธิและโอกาสในด้านต่างๆ ให้สามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เท่าเทียมกับคนทั่วไป รวมทั้งส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ชุมชน และครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากขึ้น โดยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่มุ่งเน้นให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ซึ่งในมาตรา 21 บัญญัติไว้ว่า เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้ราชการส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ ข้อกำหนด ระเบียบ หรือประกาศแล้วแต่กรณีให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ประกอบกับพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2546 มาตรา 67(6) กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ต้องส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ นอกจากนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบหลายหน่วยงานได้กำหนดแนวทาง และนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ส่งเสริมให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมรับผิดชอบดำเนินการหาแนวทางและมาตรการที่สำคัญเพื่อส่งเสริมให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี²

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาระบบสุขภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการ

แพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ในขณะเดียวกัน พ.ร.บ.ระบบสุขภาพ พ.ศ.2562 มีเจตนารมณ์ให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ประชาชนชาวไทยได้มีสิทธิได้รับการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน³ รวมทั้งมีนโยบายการทำงานระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยมีปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาต่อยอดให้เกิดความยั่งยืนคือ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” ที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนกับบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่างๆ แบบบูรณาการและประสานงานแบบเครือข่าย เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัยทุกครอบครัว และทุกชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁴ เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียมและทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล นโยบายทีมหมอครอบครัวได้ถูกถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน โดยมีบทบาทในการดูแลให้คำปรึกษาเสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิทหรือญาติมิตร มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง⁵ โดยมีจุดมุ่งหมายในการจัดหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการใช้ “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เปลี่ยนเป็นการใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ในรูปแบบ “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster : PCC) โดยดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิด “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว”⁶

ตั้งสถานการณ์ในอำเภออาจสามารถ มีประชากรทั้งสิ้น 73,213 คน มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.42 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.56 และกลุ่มติดบ้านร้อยละ 3.61 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด มีผู้พิการทั้งสิ้น 2,422 คน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 11 แห่ง แบ่งเป็นองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) 9 แห่ง และเทศบาลตำบล 2 แห่ง และมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งสิ้น 14 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ซึ่งอำเภออาจสามารถเข้าร่วมโครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในปี พ.ศ.2559 และครบทั้ง 11 แห่งในปี พ.ศ.2562 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอให้มีการดำเนินงานในทิศทางเดียวกันจนสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานและเบิกจ่ายงบประมาณเป็นปัจจุบันทุกแห่ง และมีการดำเนินงานหมอครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยมีการจัดทำแผนในการออกติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 2 ครั้ง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่โดยกลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มผู้พิการ ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านพบว่ามากกว่าร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพิการและยังไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ซึ่งมีสาเหตุมาจากเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีฐานะยากจน อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแลทำให้ไม่มีคนพาไปขอหนังสือรับรองความพิการ บางรายได้หนังสือรับรองความพิการแล้วแต่ไม่มีคนพาไปทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด บางรายต้องจ้างเหมารถพาไปทำให้เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ทุกคนต้องให้นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อประเมินความพิการซึ่งผู้พิการบางรายต้องมาพบแพทย์หลายครั้ง ทำให้ผู้พิการและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้จนไม่มาพบแพทย์ตามนัด ในขณะที่โรงพยาบาลเองไม่มีช่องทางด่วนสำหรับการขอหนังสือรับรองผู้พิการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้พิการจำนวนมาก

ไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ส่งผลให้เสียโอกาสในการรับสวัสดิการทางสังคม ไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมหมอครอบครัวไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ทำให้ผู้พิการในชุมชนไม่ได้หนังสือรับรองความพิการจากทีมหมอครอบครัว ส่งผลให้ไม่ได้รับสวัสดิการทางสังคมและการดูแลจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart⁷ โดยใช้กระบวนการ PAOR ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **ขอบเขตพื้นที่** ดำเนินการในพื้นที่ทั้ง 10 ตำบล 11 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. **ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย** ประกอบด้วย

2.1 ระยะศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสัมภาษณ์เชิงลึก 18 คน 2) ผู้พิการ สัมภาษณ์เชิงลึก 20 คน 3) กลุ่มญาติและผู้ดูแล สัมภาษณ์เชิงลึก 17 คนและสนทนากลุ่ม 10 คน 4) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 71 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึก 12 คนและสนทนากลุ่ม 8 คน (2) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น สัมภาษณ์เชิงลึก 11 คน(3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) สัมภาษณ์เชิงลึก 19 คน และสนทนากลุ่ม 10 คน (4) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager : CM) สัมภาษณ์เชิงลึก 11 คน และ 5) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลอาจสามารถ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัดทันตแพทย์ เภสัชกร โภชนากร แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 34 คน

2.2 ระยะติดตามประเมินผลโดยการสังเกต การเก็บข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกันในภาคีเครือข่ายเพื่อหาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และประเมินส่วนขาดในการพัฒนา จำนวน 72 คน

3. **ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย** แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน ได้แก่ 1) ประชุมทีมวิจัย สร้างความเข้าใจ และแต่งตั้งคณะทำงาน 2) ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล 3) เก็บรวบรวมข้อมูล บริบท สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ญาติและผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลอาจสามารถ เพื่อทราบปัญหา สาเหตุและผลกระทบของปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน สถานการณ์การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว แนวทางการขอหนังสือรับรองความพิการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 4) นำข้อมูลที่ได้มาเก็บรวบรวม เรียบเรียง จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนการนำเสนอข้อมูล 5) ประชุมเพื่อคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย

ที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข Care Manager, Caregiver ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ และนำรูปแบบการดำเนินงานไปปฏิบัติ

1.ขั้นวางแผน (Plan) สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ประกอบด้วย 1) จัดประชุมนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ระดมความคิดเห็น และจัดทำแผนแก้ไขปัญหากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมหมอบรรเทาทุกข์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Caregiver 2) วางแผนการเยี่ยมบ้านของทีมหมอบรรเทาทุกข์จากเดือนละ 2 ครั้ง เป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบรรจุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในแผนการเยี่ยม 3) ในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2565 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมหมอบรรเทาทุกข์ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ทีมหมอบรรเทาทุกข์จึงประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการโดยจัดทำแนวทางการส่งข้อมูลผู้พิการเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่) ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และรูปถ่าย และเพิ่มช่องทางการสื่อสารโดยจัดตั้งกลุ่มไลน์ทีมหมอบรรเทาทุกข์เพื่อใช้ในการสื่อสารการให้คำปรึกษา การส่งข้อมูลผู้ป่วย/ผู้พิการระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมหมอบรรเทาทุกข์ และแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งทราบ 4) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาทุกข์ระดับตำบลและอำเภอ 5) วางแผนจัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอบรรเทาทุกข์ระดับอำเภอปีละ 1 ครั้ง และ 6) แต่งตั้งคณะ

กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ

2.ขั้นตอนดำเนินการ (Act) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดย 1) พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอบรรเทาทุกข์ โดยเพิ่มความถี่ในการออกเยี่ยมบ้านจากเดือนละ 2 ครั้ง เป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบรรจุผู้พิการอยู่ในแผนการเยี่ยมบ้านเพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ประเมินและออกหนังสือรับรองความพิการ 2) ประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ นายอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมออกติดตามเยี่ยมทุกครั้ง โดยส่งหนังสือเชิญและแจ้งแผนการออกเยี่ยมผู้ป่วยด้วยทีมหมอบรรเทาทุกข์ทุกครั้ง เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้ทราบสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการแบบองค์รวมและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม 3) ประชุมถอดบทเรียนการเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกครั้งหลังการเยี่ยมเพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 4) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์หมอบรรเทาทุกข์ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการให้ทีมหมอบรรเทาทุกข์เพื่อการติดตามเยี่ยม และการให้คำปรึกษาการดูแลทางกลุ่มไลน์โดยทีมสหวิชาชีพ 5) ทีมสหวิชาชีพร่วมกับ Care Manager จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการอบรม Caregiver โดยกำหนดให้มีการพาผู้เข้าอบรม Caregiver ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุฝึกการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอบรรเทาทุกข์ 6) ชี้แจงแนวทางการขอหนังสือรับรองความพิการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประชุมนำเสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกแห่ง 7) ประชุมพัฒนาศักยภาพ Care Manager ในระดับอำเภอ 6 เดือน/ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันและ 8) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอบรรเทาทุกข์ระดับอำเภอปีละ 1 ครั้ง

เพื่อนำเสนอผลงานเด่นและถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3.ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) โดย

1) ติดตามสังเกตพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของ Caregiver และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การสอบถามผู้ป่วยและญาติ 3) การออกให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยทีมสหวิชาชีพ และ 4) การประชุม Care conference ร่วมกับคณะอนุกรรมการ Long Term Care ทุกแห่ง

4.ขั้นตอนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดย

1) การประชุมของกองทุน LTC แต่ละแห่ง 2) การประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานหมอบรรคับหลังการเยี่ยมบ้าน 3) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทีมหมอบรรคับระดับอำเภอ 4) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน Caregiver ระดับอำเภอ 5) การนิเทศติดตามกองทุน LTC ของทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอ 6) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทีม Care Manager ระดับอำเภอ 7) การติดตามเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่าย และ 8) การนำเสนอผลการพัฒนาในการประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล ศึกษาผลการดำเนินงานโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การทบทวนเอกสารผลการดำเนินงานทีมหมอบรรคับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Care Manager ระดับอำเภอ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะกรรมการกองทุน LTC ระดับอำเภอ การประเมินกองทุน LTC ระดับอำเภอ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทีมหมอบรรคับระดับอำเภอเพื่อหาปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และประเมินส่วนขาดในการพัฒนาต่อเนื่อง จำนวน 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทศนคติ ปัญหาอุปสรรคในการดูแล รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น Caregiver, Care Manager เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การดำเนินงานกองทุน LTC ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2. แบบสนทนากลุ่ม ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน และกลุ่ม Caregiver เกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไข กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน LTC ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไข และกลุ่ม Care Manager เกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินงาน LTC การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางการแก้ไขเพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ดีขึ้น

3. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

4. แบบรายงานผลการนิเทศติดตามกองทุน LTC

5. แบบบันทึกสรุปการถอดบทเรียนและสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (Content Analysis) และการตีความ (Interpretation) เพื่อเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อมูลเชิงสามเส้า (Data triangulation) จากวิธีการเก็บข้อมูลและผู้เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1442564 ให้ไว้ วันที่ 1 ธันวาคม 2564 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลอาสาสมัครและเปิดโอกาส

ให้สอบถามข้อมูลต่างๆ จนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงได้รับทราบสิทธิในการออกจากโครงการโดยไม่มีเงื่อนไขหรือผลกระทบต่อนหน้าที่การงานแล้วจึงมีการลงชื่อในใบยินยอม

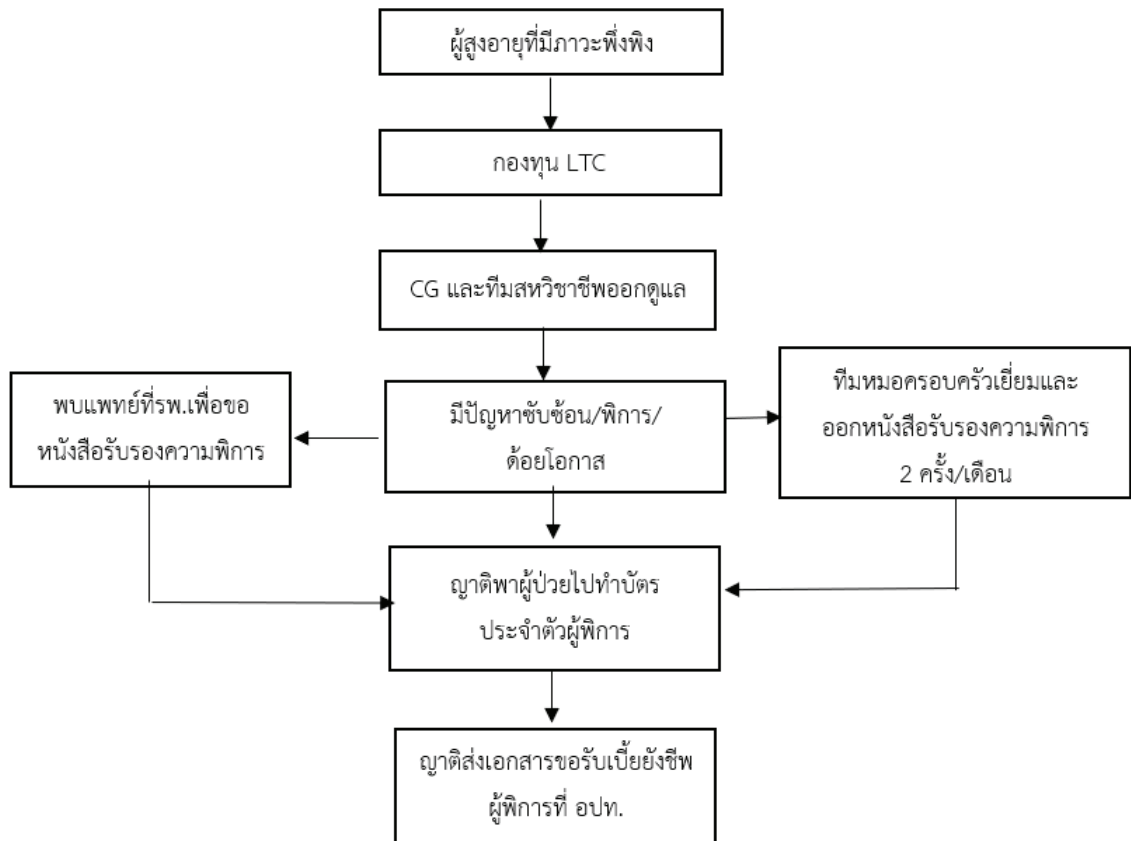
ผลการวิจัย

บริษัทและสถานการณ์การดำเนินงาน และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ พบว่าอำเภออาจสามารถมีองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น (อปท.) 11 แห่ง แบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 9 แห่ง และเทศบาลตำบล 2 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง มีประชากรทั้งสิ้น 73,213 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 10,543 คน (14.42%) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 440 คน (4.17%) แบ่งเป็น กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 381 คน (3.61%) และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 59 คน (0.56%) มีผู้พิการที่จดทะเบียนคนพิการทั้งสิ้น 2,422 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 1,304 คน และเพศหญิง 1,118 คน มีการดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักกายภาพบำบัด โภชนากร แพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข โดยมีแผนออกเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 2 ครั้ง ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการออกเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนมากกว่าร้อยละ 30 ยังไม่มีบัตรประจำตัวผู้พิการ สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก 1) ตัวผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เคลื่อนย้ายลำบาก บุตรหลานพาไปโรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการลำบาก ดังคำกล่าว “ ยายติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สิทธิไปหาหมอจะยาก บ่มีคนมาช่วยอุ้มขึ้นรถ กะเลยบ่พาไปโรงพยาบาล ” บางรายมีฐานะยากจนไม่มีรถพามาโรงพยาบาล ดังคำกล่าว “ บ่มีรถพาไป ถ้าสิไปกะต้องเหมา

รถพาไปโรงพยาบาล..มันแพง..ค่าเหมารถเพิ่มเอาหน้า 300 บาท ...บ่มีเงินไปจ้างเพ็นดอก ” บางรายอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล ไม่มีญาติพาไปโรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการดังคำกล่าว “ อยู่คนเดียว...ลูกหลานเขาอยู่กรุงเทพฯ กลับมาบ้านปีละทีสองที...เขาบ่มีเวลาพาไปโรงพยาบาลดอก ” ทำให้ผู้พิการหลายรายเสียโอกาสในการรับสวัสดิการทางสังคมไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาล ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง 2) ด้านบุคลากร พบว่าแพทย์ทุกคนต้องให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินความพิการ ดังคำกล่าว “ คนไข้ต้องมาให้หมอตรวจประเมินก่อนจึงจะออกหนังสือรับรองความพิการได้..เรามามีเวลาออกไปดูให้หรอกพี่..แต่ตรวจคนไข้ในโรงพยาบาลก็เยอะจนไม่มีเวลาแล้ว...ถ้าเขาอยากได้หนังสือรับรองก็ต้องเข้ามาให้หมอได้ดู ” ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องมาพบแพทย์หลายครั้งทำให้ผู้พิการและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ ดังคำกล่าว “ หมอบางคนเขาไม่ออกหนังสือรับรองให้...เราก็ต้องมาอีกวันเพื่อจะได้เจอหมอคนใหม่..เผื่อจะได้ ” และคำกล่าว “ กว่าจะได้หนังสือรับรอง(ความพิการ) ต้องมาอยู่ 3 รอบ..เพราะหมอคนที่นัดมาเพ็นบ่อยู่..ลำบากคัก..มาแต่ละทีต้องใช้เวลามากมื่อเลย ” 3) ด้านระบบบริการ พบว่าใช้เวลาในการรอคิวพบแพทย์นาน และโรงพยาบาลไม่มีช่องทางด่วนสำหรับผู้พิการ ดังคำกล่าว “ มาหาหมอแต่ละทีรอโดนคัก..กว่าจะได้ตรวจต้องรอคิวโดน...หมดมื่อเลยละ...คนไข้กะหลาย..หมอกะน้อย..ต้องรอคิวตรวจกับคนไข้ทั่วไป...เพ็นบ่มีช่องทางด่วนให้คนพิการ ” 4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ คนส่วนใหญ่คิดว่าการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า “ พ่อแม่ใครก็ต้องดูแลเอาเอง..จะให้คนอื่นเขาไปยุ่งยากด้วยทำไม..เป็นลูกเป็นหลานก็ดูแลกันเองสิ ” ผู้พิการที่บางรายแม้จะได้หนังสือรับรองความพิการแล้วแต่ไม่สามารถเดินทางไปทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดได้ เนื่องจากไม่มียานพาหนะ ไม่มีคนพาไป ไม่มีเงินจ่ายค่าเหมารถพาไป ดังคำกล่าว “ ได้หนังสือรับรองมา

แล้วก็ยังบ่ทันได้ไปเฮ็ดบัตรคนพิการดอก...บ่มีรถ...
บ่ทันมีเงินเหมารถไป..มันไกลไปลำบาก” และคำกล่าว
“ อยู่กัน 2 คนตายาย...ยายกะตาบอด..ตากะคนพิการ...
ไปมาจะยาก..เงินกะบ่มี..ไปแต่ละทีต้องเหมารถไป..
เพิ่นเอาหน้า 500-600 บาท...บ่ทันมีเงินเหมารถไปกะเลย

บ่ทันได้เฮ็ดบัตรคนพิการอยู่” ส่งผลให้ผู้พิการไม่ได้
รับสวัสดิการทางสังคม ทำให้มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งรูปแบบ
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคนพิการอำเภอ
อาจสามารถ มีดังนี้ ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการอำเภออาจสามารถก่อนพัฒนา

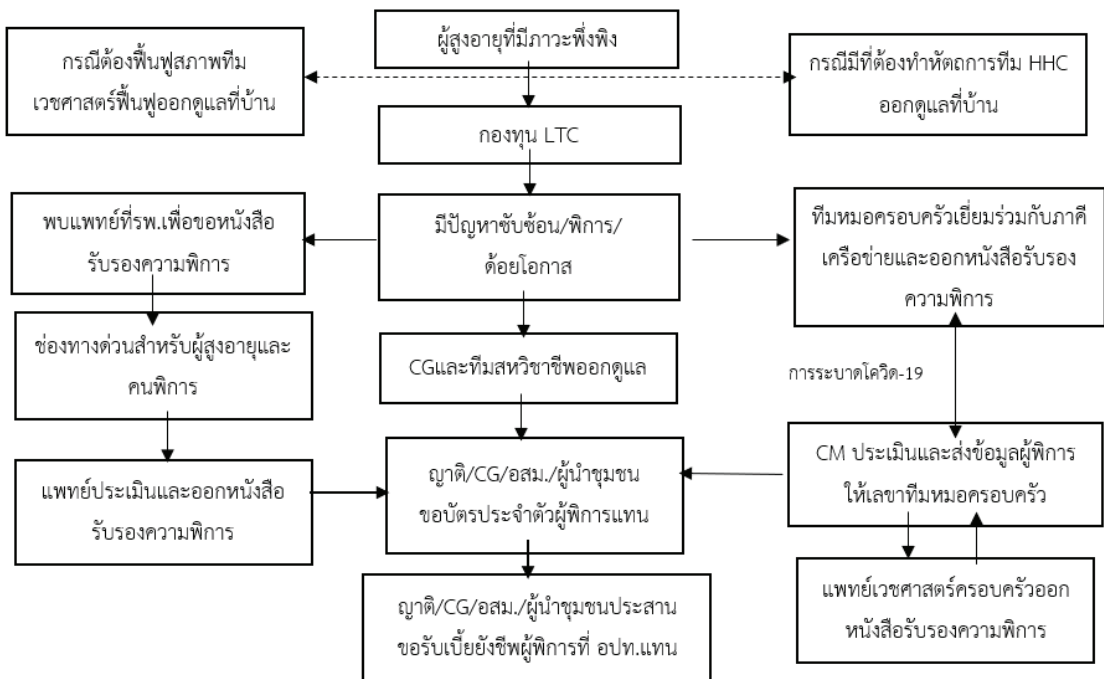
หลังจากวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและสาเหตุร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร โภชนากร แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Caregiver เพื่อระดมความคิดเห็น และร่วมกันพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการอำเภออาจสามารถ โดยร่วมกันวางแผนพัฒนาดังนี้ 1) ทีมหมอครอบครัวทำแผนการออกเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากเดือนละ 2 ครั้งเป็นเดือนละ 4 ครั้งโดยบรรจุผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในแผนการเยี่ยมบ้านเพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกหนังสือรับรองความพิการให้ที่บ้าน 2) ประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมออกเยี่ยมบ้านกับทีมหมอครอบครัว ทุกครั้งโดยเลขาทีมหมอครอบครัวทำหนังสือแจ้งแผนการออกเยี่ยมบ้านแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รวมทั้งประสานผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Care Giver ร่วมออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม 3) โรงพยาบาลจัดทำช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในการเข้ารับบริการ 4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสานทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลอาจสามารถออกให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Caregiver 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสานสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดในการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการโดยไม่ต้องพาผู้พิการไปเอง 6) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมหมอครอบครัวไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ทีมหมอครอบครัวจึงร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายจัดทำแนวทางการออกหนังสือ

รับรองความพิการโดยการส่งข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่) ประวัติการเจ็บป่วย และรูปถ่ายที่แสดงให้เห็นความพิการส่งให้เลขาทีมหมอครอบครัวเพื่อประสานให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกหนังสือรับรองความพิการเฉพาะความพิการด้านการเคลื่อนไหว 7) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในการประชุมกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพและกองทุน LTC ทุกแห่ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในระดับอำเภอทุกปี 8) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ผ่านกลุ่มไลน์หมอครอบครัวประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้ทีมหมอครอบครัวเพื่อการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาการดูแลทางกลุ่มไลน์โดยทีมสหวิชาชีพ 9) แต่งตั้งคณะกรรมการทีมหมอครอบครัวระดับตำบลและระดับอำเภอและ 10) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ 1 ครั้ง/ปี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานเด่นและนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งถอดบทเรียนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไรร่วมกัน

ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถ จำแนกเป็นผลลัพธ์ และผลผลิตจากการดำเนินงาน ดังนี้ ด้านผลลัพธ์พบว่า 1) ภาคีเครือข่ายทั้ง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Caregiver และ Care Manager ร่วมกันค้นหาผู้พิการในชุมชนและร่วมดูแลผู้พิการมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Caregiver จะดำเนินการยื่นเอกสารเพื่อทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด และประสานขอรับเงินเบี้ยยังชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับหนังสือรับรองความพิการและได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้น (ปี พ.ศ. 2563-2565 = 22, 46

และ 66 ราย ตามลำดับ) 3) ทีมหมอครอบครัวมีแผนออกติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้งร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) มีแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล 5) มีการสื่อสารและให้คำปรึกษาแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทางกลุ่มไลน์หมอครอบครัว 6) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการได้รับการดูแลในระบบ LTC และเข้าถึงบริการด้าน

สาธารณสุข ทุกวัย 7) โรงพยาบาลมีระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ 8) อัตราความพึงพอใจต่อบริการในชุมชนเพิ่มขึ้น (ปี พ.ศ. 2563 – 2565 = 88.65%, 92.56% และ 97.71% ตามลำดับ) และ 9) มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการโดยการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถดังภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการอำเภออาจสามารถหลังพัฒนา

ด้านผลผลิต พบว่า 1) ด้านตัวผู้พิการและครอบครัวรู้สึกดีใจที่คนในชุมชนมาดูแล ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ดังคำกล่าวของผู้ดูแล “ดีใจหลายที่ อสม. กับคุณหมอเฟ้นมาเยี่ยม มาช่วยดูแล เฟ้นกะให้กำลังใจ..เฮ็ดให้เฮารู้สึกบ่โดดเดี่ยว บ่หนังก้อยคนเดียว..” โดยเฉพาะการที่ไม่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อขอหนังสือรับรองความพิการ เพราะบางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียงเคลื่อนย้ายลำบาก บางรายต้องเสียค่าจ้างรถพาไปทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย ดังคำกล่าว “ดีใจคักที่หมอเฟ้นออกหนังสือรับรองพิการให้โดยบ่ต้องพาตาไป

โรงพยาบาล...ไปหาหมอแต่ละทีอลำบากคัก...เฟ้นช่วยตัวเองบ่ได้..ต้องได้ช่วยกันหามขึ้นรถ..” และคำกล่าว “ไปหาหมอแต่ ละทีต้องเหมารถไป..ถ้าไปร้อยเอ็ดเฟ้นกะเอา 600 ไปอาจสามารถเฟ้นเอา 300...เงินกะบ่มี..ลำบากคัก” โดยผู้พิการที่อยู่ตามลำพัง Caregiver จะดำเนินการทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด และประสานขอรับสวัสดิการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทน 2) ด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ Caregiver รู้สึกดีใจที่เห็นผู้ป่วยที่ดูแลอาการดีขึ้น ได้ช่วยแบ่งเบาภาระ

ของญาติ ญาติที่ได้ช่วยเหลือคนในชุมชน ชุมชนให้การยอมรับ และอยากช่วยเหลือคนอื่น โดยมีหลักในการทำงานคือ “ดูแลผู้ป่วยให้เหมือนดูแลพ่อแม่ตนเอง” 3) มีระบบการประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และการประสานงานส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการระหว่างทีมหมอครอบครัวกับทีมดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล 4) ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ มีการระดมทรัพยากรเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ดังคำกล่าว “ทีมหมอครอบครัวเฟ้นมาเยี่ยมกับนายก อบต...หมอเฟ้นแนะนำให้เฮ็ดส้วมให้ยาย..หลังจากนั้นทางอบต.กับ ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. เฟ้นมารับบริจาคเงินกับอุปกรณ์จากชาวบ้าน...แล้วกะพากันมาเฮ็ดส้วมให้คุณยายนี้ละ.”

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคมเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลทุกราย บทเรียนที่ได้รับคือการถอดบทเรียนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ โดยโรงพยาบาล Care Manager, Caregiver อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ญาติและผู้ดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบให้เอื้อต่อการดูแลและสนับสนุนความจำเป็นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ตามบริบทที่แตกต่างกัน ความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญ โดยเป้าหมายในการดูแลอาจไม่ใช่การยึดชีวิตหรือฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเหมือนเดิม แต่เป็นการลดความทุกข์ทรมานในชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จคือ ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน Care Manager, Caregiver ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ โดยมีเป้าหมายเดียวกันในการดูแลคือ “เราจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยและญาติคลายทุกข์ เพราะคนที่ทุกข์ที่สุดคือตัวผู้ป่วยและญาติ” ภายใต้หลักในการทำงานคือ

“ดูแลผู้ป่วยให้เหมือนดูแลพ่อแม่ตนเอง”

วิจารณ์

1.บุคลากรทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินความพิการ ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องมาพบแพทย์หลายครั้งทำให้ผู้พิการและญาติรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ มีสาเหตุจากความไม่เพียงพอของแพทย์โดยบริบทของโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์จำนวนน้อย และมีผู้ป่วยมารับบริการในแต่ละวันจำนวนมาก ทำให้แพทย์มีภาระงานที่หนัก ซึ่งโรงพยาบาลอาจสามารถมีผู้ป่วยมารับบริการประมาณ 400 คนต่อวัน มีแพทย์จำนวน 5 คน เป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 3 คน ซึ่งแพทย์แต่ละคนต้องให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก แพทย์ต้องรีบให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อให้ทันเวลา สอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง :การศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ ความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการเนื่องจากการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้รับบริการมีอัตราสูงขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อภาระงานของสถานบริการและผู้ให้บริการ ทำให้ไม่สามารถให้บริการสุขภาพได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งหมดของผู้รับบริการได้⁶

2.ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภออาจสามารถมีความสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน และทีมหมอครอบครัว ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว ซึ่งทีมหมอครอบครัวมีแผนออกติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งร่วมกับภาคีเครือข่ายและมีแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล โดยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทีมหมอครอบครัว

ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ ดังนั้นทีมหมอครอบครัวจึงร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายจัดทำแนวทางการออกหนังสือรับรองความพิการโดยการส่งข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประชาชน ที่อยู่) ประวัติการเจ็บป่วย และรูปถ่ายที่แสดงให้เห็นความพิการ ส่งให้ทีมหมอครอบครัวเพื่อประสานให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกหนังสือรับรองความพิการเฉพาะความพิการด้านการเคลื่อนไหวเท่านั้น เนื่องจากโรงพยาบาลอาจสามารถไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการที่มีการนำเทคโนโลยีด้วยการใช้ระบบไลน์หมอครอบครัวเข้ามามีส่วนในการประสานงาน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มแกนนำต่างๆ⁹ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของทีมหมอครอบครัวในการพัฒนาการเชื่อมโยงบริการในชุมชน และสนับสนุนชุมชนจัดการสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมหรือกระบวนการที่ทำให้ทีมหมอครอบครัวได้ลงไปรู้จักกับชุมชนร่วมในกิจกรรมที่เป็นการวางแผนงานของชุมชน หรือการจัดประชุม เพื่อรับรู้ความเป็นอยู่ของประชาชนและข้อปัญหา เข้าใจกระบวนการทำงานของทีมงานในชุมชน เข้าไปร่วมแลกเปลี่ยน สะท้อนข้อมูลทางสุขภาพให้แก่กลุ่มประชาชนในชุมชน รวมถึงการกระตุ้นให้มีการร่วมคิดแก้ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชนมีความสามารถในการดูแลจัดการตนเองด้านสุขภาพพื้นฐาน ได้รับการฟื้นฟูพื้นฐานที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างทั่วถึง มีการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อปกป้อง ป้องกันความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพ ดำเนินงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับหน่วยงานทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกสาธารณสุข มีมิติการจัดการที่ยั่งยืน และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่อยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Caregiver จะดำเนินการยื่นเอกสารเพื่อทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ด และประสานขอรับเงินเบี้ยยังชีพที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทนผู้พิการ เนื่องจากไม่มีหน่วยงาน

ในการดำเนินการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการในพื้นที่ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ไม่มีการดำเนินงานในเรื่องดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในการขับเคลื่อนงานอื่นๆ
2. ควรนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้พิการทุกประเภท และผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งควรมีระบบการประสานงานและดำเนินการจัดทำบัตรประจำตัวผู้พิการที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดร้อยเอ็ดให้แก่ผู้พิการในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถทีมหมอครอบครัว Care Manager, Caregiver อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้พิการ และผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลธิษฐ์ พังนา, สาวินี สุริยรัตน์กร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4): 608-24.
2. อลงกรณ์ อรรถแสง. พัฒนาการการจัดโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยเปรียบต่างประเทศ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน. นนทบุรี: กองสุขภาพภาคประชาชน. 2564

4. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักบริหารการสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอปิช อินเตอร์กรุป. 2558
5. สันติ ทวยมฤทธิ. การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ. 2563;13(1):230-40.
6. โสภณ เมฆธน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, สุภโชค เวชภัณฑเฒ่า, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล, สิริชัย นามทรงสนีย์, และคนอื่นๆ. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
8. สุปรานี สิทธิกันต์, ดารุณี จงอุดมการณ์. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยชุมชนเมือง : การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(1):19-29.
9. เกษมธิดา หะชะนี, อิศรา สพสมัย. การพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัวในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(4):667-78.

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน Development of Transitional Care Program for Older Adults Person with Pulmonary Tuberculosis from Hospital to Home Care

บรรจง จาดบุญนา* วटना สว่างศรี** วันสุ ทวีคณะโชติ โพธิ์พรณ์***

Bunjong Jadboonnak, Wattana Swangsri, Wansu Taweechanachote Pothiporn

Corresponding author : E-mail : jamjbn12@gmail.com

(Received: January 19,2023 ; Revised: January 27,2023 ; Accepted: February 20,2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การดำเนินการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ วิเคราะห์สถานการณ์โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ลงทะเบียนที่โรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 1,162 ราย จัดตั้งทีมผู้ร่วมงานวิจัยพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และปรับปรุงแก้ไข ระยะดำเนินการ โดยการนำโปรแกรมการดูแลสู่การปฏิบัติ ระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) การศึกษาสถานการณ์ ผู้เกี่ยวข้องสะท้อนว่าควรมีการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองและความสำคัญของการรักษาเพื่อการรักษาสำเร็จ และสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ดูแล ทีมต้องการแนวทางการดูแลที่ชัดเจน และต้องการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านได้ปรับปรุงแก้ไข ประกอบไปด้วย (1) การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้สูงอายุวัณโรคปอด (2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองที่บ้าน และ (3) การใช้บทบาทเสริมเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) ระยะดำเนินการ โดยนำโปรแกรมการดูแล ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุวัณโรคปอด 3) ระยะประเมินผล พบว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดเข้าร่วมโปรแกรมการดูแล จำนวน 16 ราย เพศชาย (50.00%) เท่ากับเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71 ปี (SD=6.58) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 8 ราย (50.00%) ผลการรักษาหายขาด 13 ราย (81.25%) แนวโน้มดีขึ้นและรักษาต่อเนื่อง 3 ราย (18.75%) (เนื่องจากเปลี่ยนสูตรยาทำให้ต้องขยายระยะเวลาในการรักษา) ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ $Mdn(IQR)=3.15(0.17)$ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ $Mdn(IQR)=3.03(0.12)$

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการรักษาดีขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้เพื่อพัฒนาผลการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแล; ผู้สูงอายุวัณโรคปอด; การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม

ABSTRACT

Purpose : To development of transitional care program of pulmonary tuberculosis older adults during transition period from hospital to home care.

Study Design : Action Research

Materials and Methods : The Implementation in Three phases, Planning and Preparatory phase, situation analysis by reviewing medical records of pulmonary tuberculosis patients registered at Maha Sarakham Hospital from January 2018 to December 2020. 1,162 of cases established a research team to develop the transitional care program with evidence based and improvement use. Implementation phase, Implementing and put the transitional care program into practice. Evaluation phase, Evaluation by using in-depth interview, group discussion, health status record form, and quantitative data were analyzed by descriptive statistics, percentage, qualitative data were analyzed by content analysis.

Main finding : 1) From situation analysis found that should be encourage TB persons have more self-esteem and focus on importance of treatment to the accomplishments and provide caregivers evident care guidelines supported. The team needs a clear approach to supervision. And develop a care program to improve. (1) The assessment of pulmonary tuberculosis older adult's self-care. (2) The self-care preparation of pulmonary tuberculosis older adult and their caregivers. (3) Using ancillary roles to support continuing care after discharged from hospital. 2) Implementation phase, applying the program to pulmonary tuberculosis older adults. 3) The evaluation phase, found that from sample group who participated the transitional care program, 16 cases were males(50.00%) equals to females average age of 71 years (SD=6.58). In 8 cases mostly were unemployed (50.00%), 13 cases(81.25%) were fully recovered, 3 cases(18.75%) with a tendency to improve and continued treatment.(due to the change in the drug regimen, the treatment period must be extended) The Comparison of QOL level scores after joining the transitional care program Mdn(IQR)=3.15(0.17) higher than before Mdn(IQR)=3.03(0.12)

Conclusion and recommendations : As a result, shown that the target group has a treatment achievement increasing. Therefore, All of the relevant organizations should bring the transitional care program be used to further develop advanced nursing outcomes.

Keywords : Transitional care program; The pulmonary tuberculosis older adults; Transitional care.

*,*** Registered Nurse Professional Level, Mahasarakham Hospital.

** Registered Nurse Senior Professional Level, Mahasarakham Hospital.

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นฐาน และการเคลื่อนย้ายของแรงงาน ส่งผลให้การแพร่ระบาดของ วัณโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปีพ.ศ. 2578¹ โดยในแต่ละปี คาดว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 120,000 รายต่อปีและมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 12,000 ราย² วัณโรคเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการจากผลข้างเคียงจากยาและการรักษาวัณโรคต่อเนื่องได้

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 580 เตียง จัดบริการครอบคลุมภารกิจทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน การศึกษาย้อนหลังโดยทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ลงทะเบียนที่โรงพยาบาลมหาสารคามตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 1,162 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน 185 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตคือ ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี³ ขณะที่รายงานข้อมูลปี พ.ศ. 2562 – 2564 อำเภอเมืองมหาสารคามมีผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 339, 287, 226 ราย คิดเป็นอัตรา 185, 147, 127 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราการตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ 5) คือร้อยละ 16.63, 10.29, 12.19 ตามลำดับ⁴⁻⁵ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญภายใต้ภารกิจบริการด้านปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลวัณโรคเป็น 1 ใน 7 โรคสำคัญที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังออกจากโรงพยาบาล บุคลากรดูแล

ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 21 แห่งใน 14 ตำบล จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนถึงปัญหาการดูแลวัณโรค การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ครอบคลุม การดูแลขณะรักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการสนับสนุนการดูแลตนเอง ทั้งภายในครอบครัวและภายนอกยังไม่ต่อเนื่องขาดความครอบคลุม

จากการศึกษาในปัจจุบัน มีการนำแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน มาใช้ในการพยาบาลมากขึ้นเนื่องจากสะท้อนผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย แต่ยังจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุวัณโรคปอด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเรื้อรัง จากการค้นคว้าได้หลักฐานสนับสนุนว่า รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำคัญกับช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านว่าเป็นช่วงวิกฤตของผู้สูงอายุ⁶ ทั้งนี้จากการศึกษาทบทวนเกี่ยวกับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาตัวที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เจ้าหน้าที่ยังมีแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบและพัฒนาคุณภาพการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจนถึงบ้าน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชน จึงได้ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis⁷ เป็นกรอบแนวคิด โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนคิด (Reflection) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนและนำสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกต และสะท้อนการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุวัณโรคปอดได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองที่บ้านอย่างมั่นใจ สามารถรักษาครบตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถดำรงชีวิตได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและการรับรองคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัยโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยสูงอายุวัยโรคปอดรายใหม่ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและดูแล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม -กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และกลุ่มผู้รับผิดชอบงานวัณโรคที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย จำนวน 24 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์ในการคัดเลือก และการคัดออก คือ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และที่ได้ขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูล NTIP เดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเป็นชายหรือหญิงก็ได้ ได้รับการรักษาและอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองมหาสารคาม และผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเป็นผู้รับผิดชอบงานวัณโรคทุกระดับของโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายที่มีประสบการณ์ในงานดูแลผู้ป่วยวัณโรค ไม่น้อยกว่า 1 ปี อายุ 25 ปีขึ้นไปจะเป็นชายหรือหญิงก็ได้ อ่านและสื่อสารภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การยุติการวิจัย (Early termination of study criteria) หากได้รับความเสียหายจากการวิจัยจะมีการยุติโครงการทันที หรือผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางสนทนากลุ่ม 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ เครื่องมือประกอบโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจาก

โรงพยาบาลถึงบ้าน 2) แบบประเมินความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุวัณโรคปอดจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 3) แบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 4) แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด และ 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุวัณโรคปอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมภาคสนามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการทบทวนเวชระเบียน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอด จำนวน 10 คน โดยวิธีการสนทนา จำนวน 1 ครั้ง ใช้แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง 3 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note -Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาที สรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง 2) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรคในอำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยบันทึกการสนทนากลุ่ม ใช้แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง 3 ข้อ ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาที เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (In- depth interview) สนทนาโดยมีเป้าหมายให้ได้ข้อมูลอัตวิสัยเกี่ยวกับข้อมูลบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอด ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด พูดคุยแบบไม่เป็นทางการ ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย สัมภาษณ์ 1-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล และความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที สรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบถูกต้อง การบันทึกภาคสนาม (Field Note) ผู้วิจัยจะสังเกตปฏิกิริยา การแสดงอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลทั้งในช่วงก่อน ขณะ และหลังการสัมภาษณ์ และมีการจดบันทึกปฏิกิริยาเหล่านั้นหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทันที แต่จะไม่มีมีการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์

การพัฒนาโปรแกรม โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) จัดประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคอำเภอเมืองมหาสารคาม รวม 12 คน ร่วมประชุมเพื่อร่างและกำหนดแนวทางการพัฒนาโปรแกรม 2) นำร่างแนวทางการพัฒนาโปรแกรม มาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประชุมทีมเพื่อกำหนดรายละเอียดการนำโปรแกรมลงสู่การปฏิบัติ พร้อมกับกำหนดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กำหนดคณะทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ วิธีการ เนื้อหาความรู้ แนวทางโปรแกรม 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ทีมสหวิชาชีพเพื่อนำโปรแกรมไปใช้ปฏิบัติจริง ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานวัณโรคอำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 24 คน โดยกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้ ดังต่อไปนี้ ความรู้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน บทบาทพยาบาล ผู้จัดการรายกรณี ความรู้เรื่องวัณโรค แนวทางการดูแลตามโปรแกรมการอบรมการใช้โปรแกรม NTIP การใช้ยาในผู้ป่วยวัณโรค

ระยะที่ 2 การนำโปรแกรมสู่การปฏิบัติ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ดำเนินการโดยประชุมคณะทำงานฝ่ายต่างๆ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจข้อตกลงร่วมกันและมอบหมายงาน 1) ชี้แจงกำหนดกลุ่มเป้าหมาย 2) กำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน จัดตารางการทำโปรแกรมการดูแล และ 3) การติดตามผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาโปรแกรม โดยดำเนินการต่อไปนี้ 1) ประเมินผลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง 2) ประเมินผลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุวัณโรคปอดที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย 3) ประเมินผลการรักษาจากโปรแกรม NTIP และ 4) ประเมินผลจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัณโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ดำเนินการ 3 ระยะ คือ

ระยะเตรียมการ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมภาคสนามด้วยการเก็บข้อมูล

เชิงปริมาณโดยการทบทวนเวชระเบียนและสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (ผู้สูงอายุวัณโรคปอดและผู้ดูแล/สหวิชาชีพ) และ 2) การพัฒนาโปรแกรม

ระยะดำเนินการ (เดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน 2565) นำโปรแกรมสู่การปฏิบัติ

ระยะประเมินผล (เดือนพฤศจิกายน 2565) โปรแกรมประกอบด้วย

1) ประเมินความพร้อมในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล

กิจกรรมครั้งที่ 1 ภายใน 2 วัน (48 ชั่วโมง) หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน พยาบาล Care Manager ประเมินความพร้อมฯ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ การขาดความพร้อมฯ และการมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองที่บ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 2 ภายใน 2 วัน (48 ชั่วโมง) หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ Care Manager ให้คำปรึกษาแก้ปัญหาขณะรักษาจนสิ้นสุดปัญหา Care Manager และผู้ดูแลร่วมทบทวนกิจกรรมที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ตามสภาพปัญหาแต่ละราย พยาบาล Care Manager ให้การพยาบาลตามปัญหาโดยการประสานการดูแลร่วมกับ Care Manager ระดับตม./รพ.สต. ติดตามให้คำปรึกษาการจัดการอาการที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา บันทึกข้อมูล

3) การใช้บทบาทเสริมเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กิจกรรมครั้งที่ 3 ภายในสัปดาห์ที่ 1 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Home visit พยาบาล Care Manager ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ชี้แนะแหล่งประโยชน์ เช่น การขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในแหล่งบริการใกล้บ้าน เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่นอกเหนือความสามารถให้คำปรึกษา ประเมินปัญหาการดูแลโดยใช้ INHOMESS ประเมินความรู้และทักษะผู้ดูแลซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมสนับสนุนให้กำลังใจสรุปแผนการดูแล

กิจกรรมครั้งที่ 4 ภายในสัปดาห์ที่ 2 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Telephone Visit พยาบาล Care Manager ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ติดตามการดูแลตามแผนการดูแลให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาคาดการณ์ต่อเนื่องที่บ้าน สนับสนุนให้กำลังใจทบทวนวันนัด

กิจกรรมครั้งที่ 5 ภายในสัปดาห์ที่ 3 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Home visit พยาบาล Care Manager ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ติดตามการดูแลตามแผนการดูแล ชักถามเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรค ปรับแผนการดูแลตามสภาพผู้ป่วย ประสานแหล่งประโยชน์อื่นๆ ในการช่วยเหลือ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ สนับสนุนให้กำลังใจ

กิจกรรมครั้งที่ 6 ภายในสัปดาห์ที่ 4 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Telephone Visit พยาบาล Care Manager ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ติดตามการดูแลตามแผนการดูแลให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาคาดการณ์ต่อเนื่องที่บ้าน สนับสนุนให้กำลังใจ

กิจกรรมครั้งที่ 7 ภายในสัปดาห์ที่ 5 หลังผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียน Home visit พยาบาล Care Manager ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านติดตามการดูแลตามแผนการดูแลชักถามเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลเมื่อกลับไปบ้าน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมสนับสนุนให้กำลังใจสรุปผลการดูแลตามแผนการดูแล สรุปปัญหาการดูแลที่ต้องส่งต่อทีมการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

กิจกรรมครั้งที่ 8 ทุก 1 เดือนในขณะที่รักษา Home visit พยาบาล Care Manager อาจใช้รูปแบบ VDO Call เพื่อติดตามแผนการดูแลและให้กำลังใจหรือเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้คำแนะนำ

แก่ผู้ป่วย สรุปปัญหาการดูแลที่อาจเกิดขึ้นใหม่ และส่งต่อทีมการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุวัยโรคปอดก่อนและหลัง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิตินอนพารามेटริก Wilcoxon signed ranks test โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC64-01-053 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2564

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาโปรแกรมฯ พบว่าผู้สูงอายุวัยโรคปอดเข้าร่วมโปรแกรมฯ 16 ราย เพศชาย (50.00%) เท่ากับเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71 ปี (SD=6.58) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 8 ราย (50.00%) ผลการรักษาหายขาดจำนวน 13 ราย (81.25%) แนวโน้มดีขึ้นและรักษาต่อเนื่อง 3 ราย (18.75%) (เนื่องจากเปลี่ยนสูตรยาทำให้ต้องขยายระยะเวลาในการรักษา) แสดงผลเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วัยโรคปอด จำแนกตามรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนผลเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมทุกด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังแสดงในตารางที่ 2 ตามลำดับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวัยโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน จำแนกตามรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=16) โดยใช้วิธีการของวิลคอกซัล (The Wilcoxon signed ranks test)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Z	p
	Mdn(IQR)	Mdn(IQR)		
ด้านร่างกาย	3.00(0.43)	2.85(0.21)	-1.57	.115
ด้านจิตใจ	3.00(0.17)	2.83(0.25)	-2.99	.003
ด้านสังคม	2.66(0.33)	3.33(0.67)	-3.54	.000
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.37(0.19)	3.62(0.38)	-2.17	.029
รวมทุกด้าน	3.03(0.12)	3.15(0.17)	-2.62	.009

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวัยโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N=16) โดยใช้วิธีการของวิลคอกซัล (The Wilcoxon signed ranks test)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วม	Z	p
	Mdn(IQR)	Mdn(IQR)		
คะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม	3.03(0.12)	3.00(1.25)	-3.41	.001

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่า ทีมสหวิชาชีพมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุวัยโรคปอดและมีการสื่อสารระหว่างกันที่มีรูปแบบชัดเจน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ขณะทำกิจกรรมและสะท้อนผลเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติงาน การประเมินผลการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ และกำหนดการนิเทศติดตาม ทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดี เกิดความเข้าใจรูปแบบการทำงานมากขึ้น มีส่วนร่วมในการวางแผน การแก้ไขปัญหาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แลกเปลี่ยน หรือแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ส่งผลให้การดำเนินงานตามโปรแกรมฯ มีความราบรื่นขึ้น ซึ่งแตกต่างจากระยะก่อนพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่าทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ หรือแม้แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุวัยโรคปอดในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานปฎิบัติของโรงพยาบาล (ศสม.) ต่างปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตของตนเองมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันน้อย หลังการพัฒนา

พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ขยายวงกว้าง และมีภาคีเครือข่ายร่วมในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุวัยโรคปอดตั้งแต่ในโรงพยาบาลถึงบ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้พบว่าจากการทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลผลการดำเนินงานด้านวัณโรค โดยเฉพาะอำเภอเมืองมหาสารคามระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีผลการดำเนินงานที่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย มีผู้ป่วย วัณโรค จำนวน 339, 287 และ 226 ราย คิดเป็นอัตรา 185, 147 และ 127 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ 5) คือ ร้อยละ 16.63, 10.29 และ 12.19 ตามลำดับ นอกจากนั้นการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องสะท้อนว่าควรมีการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองและความสำคัญของการรักษาเพื่อการรักษาสำเร็จ และสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ดูแล ทีมต้องการแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ยังเป็นเหตุผลควรพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังการวินิจฉัยและไปดูแลตนเองที่บ้าน

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประคอง อินทรสมบัติและคณะ⁶ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมร้อยละ 89 ต้องการการดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านให้ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างพยาบาลต้องการมาตรฐานการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน

โปรแกรมการดูแลฯ ได้พัฒนาขึ้นจากการร่วมคิดร่วมตัดสินใจและเสนอแนะปรับปรุงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุวัยโรคปอด โดยการพัฒนาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยนำแนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis⁷ ในเรื่องการบริหารจัดการพยาบาล จึงได้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัยโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ครอบคลุม 1) การประเมินความพร้อมเพื่อการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มแรก ที่ได้รับการวินิจฉัย 2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองที่บ้าน 3) การใช้บทบาทเสริมเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมตามบริบทที่ศึกษา ตอบสนองการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับมีภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนให้การดูแลที่จำเพาะและตลอดระยะการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังนำโปรแกรมฯ ไปดูแลผู้สูงอายุวัยโรคปอดให้ผลลัพธ์ที่ดีผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีแนวโน้มการรักษาดีขึ้นทุกราย แม้มีเพียงบางส่วนที่ยังไม่สามารถสรุปผลการรักษาเนื่องจากเปลี่ยนสูตรยาขยายเวลาในการรักษาออกไป แต่ทุกรายมีแนวโน้มผลการรักษาสำเร็จทุกราย แสดงถึงประโยชน์ของการนำโปรแกรมฯ ไปพิจารณาและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสาธารณสุขได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนเชิงนโยบายให้มีการพัฒนาโปรแกรมหรือนำโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุวัยโรคปอดระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้านดังกล่าวไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อพัฒนาการแก้ปัญหาด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ด้านการพยาบาลที่ดีขึ้น

2. ควรเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น และศึกษาผลของโปรแกรมในด้านอื่นๆ เช่น เพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง เป็นต้น เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองมหาสารคามทุกแห่ง อาจารย์ดร.นิสากร วิบูลชัย รักษาราชการแทนในตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อาจารย์ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาและขอขอบคุณผู้สูงอายุวัยโรคปอดและผู้ดูแลและผู้มีส่วนร่วมที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561 National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand, 2018. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซด์; 2561.
2. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):116-29.
3. ศิโรตม์ จันทรักษา. ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(2):88-96.
4. โรงพยาบาลมหาสารคาม. งานวัณโรค. บันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลมหาสารคามปี 2563-2565. มหาสารคาม: โรงพยาบาล; 2565.
5. กรมควบคุมโรค. ฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค NTIP Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ntip-ddc.moph.go.th/ui/form/Login.aspx>

6. ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศน์ย์, สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก, วิลาวัณย์ ประสารอริคม, ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย, และคนอื่นๆ. การดูแลผู้สูงอายุที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2556;19(2):194-205.
7. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12-28.
8. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Reader. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.

รูปแบบในการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Implementation Model of Promoting Drug Use in the Elderly at Na Chueak District, Mahasarakham Province

ชัชวาล โสตาภักดิ์*

Chatchawan Sodapak

Corresponding author: E-mail: Chaiubon8@gmail.com

(Received: January 27, 2023 ; Revised: February 3, 2023 ; Accepted: February 25, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ด้วยการสำรวจสถานการณ์การใช้ยาในครัวเรือนของผู้สูงอายุจากการเยี่ยมบ้านทางด้านเภสัชกรรม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ใน 8 โรค (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคข้อเสื่อม โรคไตเรื้อรัง) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและมารับบริการที่โรงพยาบาลนาเชือก เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 15 เมษายน 2565 จำนวน 82 ราย โดยการใช้แบบสำรวจการใช้ยาในครัวเรือนขององค์การอาหารและยา ปี พ.ศ. 2560 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : รูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่ 2) การพัฒนาศักยภาพความรู้ของบุคลากร 3) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอุ้มใจด้านยากับเภสัชกรครอบครัว 4) การเสริมพลังด้านการใช้ยาให้กับผู้สูงอายุ และ 5) การเฝ้าระวังเตือนภัยด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิมที่พบว่าการดำเนินงานโดยไม่ผ่านสหวิชาชีพและมีเพียงการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพเฉพาะกลุ่มแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่านั้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปดำเนินการในพื้นที่

คำสำคัญ : รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ; การใช้ยา

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลนาเชือก

ABSTRACT

Purposes : To study the model in the implementation of promoting drug use in the elderly by survey the household drug use through pharmaceutical home health care visits.

Study design : Action Research

Materials and Methods : The research was an action research in the elderly who had 1 of 8 chronic diseases (diabetes, hypertension, hyperlipidemia, heart disease, gout, asthma, osteoarthritis, chronic kidney disease) and under the inclusion criteria at Na Chueak hospital , Maha sarakham Province. The data was collected from 15 January to 15 April 2022 in 82 cases by using the household drug use questionnaire survey from FDA Thailand 2017 and analyze the data by using descriptive statistics.

Main findings : The model in the implementation of promoting drug use in the elderly consists of 1) Policy-making by PTC committee 2) Developing of personal knowledge 3) Pharmaceutical home health care visit by Pharmacist 4) To empowering drug rational drug use and health products safety use 5) To surveillance and warning about inappropriate use of health products and compared with the previous model that not the multidisciplinary work and developing knowledge for health volunteer only.

Conclusion and recommendation : The results of this research as a result, the targets group were more awareness of using of inappropriate drugs and health products. Therefore, relevant agencies should take action in the area.

Keywords : Model of promoting drug use in the elderly; The elderly; Drug use

* Pharmacist Professional Level, Na Chueak Hospital.

บทนำ

การก้าวสู่วัยผู้สูงอายุ จะทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง และเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ โดยอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จะมีประสิทธิภาพในการทำงานด้อยลง ผู้สูงอายุจึงเป็นวัย กลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการ ที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรค เป็นโรคเรื้อรัง จึงทำให้ พฤติกรรมการใช้ยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการร้ายแรงต่างๆ ทำให้ พิกัดหรือเสียชีวิตได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ โดยการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือ ปัญหาในด้านการ ใช้ยาในผู้สูงอายุเรื้อรัง พบว่า โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุจะได้รับยา 4.8 ชนิด/ราย ใช้ยาด้วยตนเอง ร้อยละ 86.67² และ จากการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรม 10 อย่างของผู้สูงอายุที่มีการ ใช้ยาไม่ปลอดภัย ได้แก่ การปรับขนาดยาเอง การนำยา ของผู้อื่นมาใช้ การไม่ฟังคำอธิบายการใช้ยาจากเภสัชกร การเก็บยาไม่ถูกต้อง การซื้อยาไม่ดูวันหมดอายุ การลืม รับประทานยา การรับประทานยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของ สเตียรอยด์ การรับประทานยาเก่าที่เหลือที่เสื่อมสภาพ การมีทัศนคติที่ไม่ดีกับการใช้ยา การไม่เข้าใจเรื่องการ ใช้ยา ที่ถูกต้อง การชอบซื้อยามาทานเอง³ ซึ่งจะเห็นได้ว่าจาก ปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จำเป็นที่จะต้องมีการ ดูแลเรื่องการให้ยาให้เหมาะสมในผู้สูงอายุด้วยความเอาใจใส่ เพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาให้เหมาะสม ถูกต้องและ ปลอดภัย เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ และช่วยในด้าน การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป

ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ และอีก 9 ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2574 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับ สุดยอด (Super-Aged Society) ซึ่งส่วนใหญ่มักจะ พบปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ ปัญหาด้าน เศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพ สำหรับปัญหาด้าน สุขภาพนั้นด้วยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของ สภาพร่างกาย มีโรคประจำตัวเรื้อรังที่ทำให้ต้องรับประทาน ยาเป็นจำนวนมากและต่อเนื่องยาวนาน นำมาซึ่งปัญหาการ ใช้ยาในผู้สูงอายุไม่เหมาะสม

ดังนั้น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ การสร้างรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ในพื้นที่ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยา ในผู้สูงอายุ ด้วยการสำรวจสถานการณ์การใช้ยาในครัวเรือน ของผู้สูงอายุจากการเยี่ยมบ้านทางด้านเภสัชกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ด้วยการใช้วงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart⁴ ซึ่งมีลักษณะเป็นวงจรที่มีความความสัมพันธ์ กันอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนกลับ โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 15 เมษายน 2565 และวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินผลเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งหมด ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 15 มกราคม ถึง 15 เมษายน 2565 และ มีปัญหาในด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งมีเกณฑ์ การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป 2) มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 1 ใน 8 โรค (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน ในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเก๊าท์ โรคหอบหืด โรคข้อเสื่อม โรคไตเรื้อรัง) 3) มีปัญหาในการใช้ยา (Drug Related Problem) ในด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม 4) มีสติสัมปชัญญะดี เข้าใจภาษาไทยและ สามารถสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้ และ 5) สม่ครใจเข้าร่วม ในงานวิจัย และอยู่บ้านในวันที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บ ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถดูแลและบริหารจัดการด้านยาเองได้

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนาเชือกในช่วงตั้งแต่ วันที่ 15 มกราคมถึง 15 เมษายน 2565 และเข้าได้กับเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 247 คน แต่จากการลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูลในช่วงเวลาดังกล่าว ได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 82 คน เนื่องจากช่วงการลงเก็บข้อมูล เป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ขั้น 1) การประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่ 2) การพัฒนาศักยภาพความรู้ของบุคลากร 3) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย อุ่นใจด้านยากับเภสัชกรครอบครัว 4) การเสริมพลังด้านการใช้ยาให้กับผู้สูงอายุ และ 5) การเฝ้าระวังเตือนภัยด้านการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจยาในครัวเรือนขององค์การอาหารและยา ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน ตอนที่ 2 ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ในครัวเรือน ตอนที่ 3 ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ ตอนที่ 4 การขายยาในร้านค้าปลีก⁵

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทางด้านเภสัชกรรมกับกิจกรรม “อุ่นใจด้านยากับเภสัชกรครอบครัว” และทำการรวบรวมผลจากการเยี่ยมบ้านทางด้านเภสัชกรรม ทำการสังเคราะห์และจัดกิจกรรมในการเสริมพลังด้านการใช้ยาให้กับผู้สูงอายุ และสร้างแกนนำในการเฝ้าระวัง แจ้งเตือนภัยในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ขั้นตอนการสร้างรูปแบบ รูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ด้วยการใช้วงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart⁴ ซึ่งมีลักษณะเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์กันแบบต่อเนื่อง มีการดำเนินการดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน เป็นการนำข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (Drug Related Problem) ในผู้สูงอายุที่ทำการเก็บรวบรวมในงานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลนาเชือก มาทบทวนเพื่อประเมินความต้องการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ การประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการทบทวนบทบาทในการดำเนินงาน โดยเฉพาะบทบาทของเภสัชกรต่อการดำเนินการด้านการแก้ไขปัญหาด้านยาในระดับครัวเรือน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เพื่อเป็นการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุให้มีความถูกต้องและมีความสมเหตุผล ทำให้ขั้นตอนนี้ ได้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 247 คน ที่จะต้องมีการวางแผนในการลงเยี่ยมบ้านทางด้านเภสัชกรรม ด้วยเครื่องมือแบบสำรวจยาในครัวเรือนขององค์การอาหารและยาปี พ.ศ. 2560 เพื่อค้นหาปัญหาสาเหตุเจตคติ ทศนคติ ที่เป็นรากปัญหาของการใช้ยาในผู้สูงอายุ และเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้วย

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการสร้างรูปแบบเพื่อดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุด้วยกิจกรรม “อุ่นใจด้านยากับเภสัชกรครอบครัว” ซึ่งเป็นการเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุโดยเภสัชกร เพื่อสำรวจ เก็บข้อมูลและสัมภาษณ์การใช้ยาในครัวเรือนของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การสำรวจยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน การสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ การสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการสำรวจการขายยาในร้านค้าปลีก เมื่อได้ข้อมูลข้างต้นจากการสำรวจและสัมภาษณ์แล้วทำการวิเคราะห์และสรุปข้อมูลเพื่อวางแผนการจัดทำกิจกรรมด้าน “การเสริมพลังด้านการใช้ยาให้กับผู้สูงอายุ” ด้วยกิจกรรม ฐานการให้ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเป็นการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ของผู้สูงอายุให้รู้เท่าทันผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตราย ผลิตภัณฑ์สเตียรอยด์ที่ปลอมปน การรู้เท่าทันโฆษณาชวนเชื่อด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหาร ยา เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ และการจัดการแก้ไขปัญหาด้านยารายบุคคลด้วยเครือข่ายในครัวเรือนและแกนนำ อสม. ด้วยวิธีการ การจัดทำปฏิทิน

การรับประทานยา การจัดยา กล่องยารายบุคคล การใช้รูปภาพในการบอกวิธีการรับประทานยา การจัดเก็บยา หากไม่มีตู้เย็นเก็บยา และการทำกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำในการเฝ้าระวังแจ้งเตือนภัย หากพบการใช้และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตรายและไม่ปลอดภัย ด้วยวิธีการสำรวจการขายยาในร้านค้าปลีก ร่วมกับแกนนำ อสม. เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพการเรียนรู้ด้านยาในชุมชน ให้แกนนำสามารถแยกแยะและประเมินยาที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านค้าชำ กรณีพบการใช้และการจำหน่ายยาที่ไม่ปลอดภัย ยาที่เป็นอันตราย ให้ทำการแจ้งข้อมูลไปยัง Line group และประสานกับเภสัชกรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการใช้ยาในชุมชนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย

ระยะที่ 3 การสังเกตและการสะท้อนกลับเป็นขั้นตอนของการติดตาม ประเมินผลและสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ซึ่งจากกิจกรรมที่จัดทำขึ้นในระยะที่ 2 ในแต่ละกิจกรรมที่สร้างขึ้นจะมีการสังเคราะห์และสรุปผลในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ สังเคราะห์ผลการเยี่ยมบ้านทางด้านเภสัชกรรม “อุ่นใจด้านยากับเภสัชกรครอบครัว” เพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมการเสริมพลังด้านการใช้ยาให้กับผู้สูงอายุ และสร้างแกนนำในการเฝ้าระวังแจ้งเตือนภัยในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งจัดเป็นกิจกรรมการสะท้อนกลับข้อมูลให้ผู้สูงอายุได้มี

ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น ความรอบรู้และคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ยาและปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการดำเนินงานในพื้นที่ซึ่งมีสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ระบาด จึงทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ครบทุกครัวเรือน และทุกพื้นที่ในอำเภอนาเชือก แต่รูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุแบบนี้จะสามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่อื่นต่อไปให้ครอบคลุม เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมต่อไป

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนาเชือก เลขที่ EC 2565-001 ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวางแผนในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุในอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60.98%) อายุระหว่าง 60-64 ปี (45.12%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (58.54%) อาศัยในบ้านที่มีสมาชิกในครัวเรือน จำนวน 2-4 คน (74.39%) และมีโรคประจำตัวที่พบมาก คือ โรคเบาหวาน (93.90%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=82)

ลักษณะของประชากร	n(%)
เพศ	
ชาย	30(39.02)
หญิง	52(60.98)
อายุ (ปี)	
60 – 64 ปี	37(45.12)
65 – 69 ปี	28(34.15)
70 – 74 ปี	13(15.85)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของประชากร	n(%)
75 – 79 ปี	4(4.88)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	1(1.22)
ประถมศึกษา	48(58.54)
มัธยมศึกษา	17(20.73)
อนุปริญญา	10(12.20)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6(7.32)
สมาชิกในครัวเรือน	
อยู่คนเดียว	2(2.44)
2 – 4 คน	61(74.39)
5 – 7 คน	17(20.73)
มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คน	2(2.44)
โรคประจำตัว	
ความดันโลหิตสูง	64(78.05)
เบาหวาน	77(93.90)
ไขมันในเลือดสูง	35(42.68)
โรคหัวใจ	18(21.95)
ข้อเสื่อม	25(30.49)
ไตเรื้อรัง	29(35.37)
เก๊าท์	18(21.95)
หอบหืด	22(26.83)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการสร้างรูปแบบเพื่อดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการสำรวจ สังเกต และสัมภาษณ์การใช้ยาในครัวเรือนของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การสำรวจยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน การสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ การสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการสำรวจการขายยาในร้านค้าปลีก โดยผลการสำรวจยาปฏิชีวนะเหลือ

ใช้ในครัวเรือนของผู้สูงอายุ พบว่า มียาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน จำนวน 53 ครัวเรือน โดยมีแหล่งที่มาของยาปฏิชีวนะ ส่วนใหญ่ได้จากการซื้อในร้านค้าชำ 19 ครัวเรือน (35.85%) และชนิดของยาปฏิชีวนะที่พบในครัวเรือนของผู้สูงอายุ คือ ยา Tetracycline (ทีซีมีน/ฮีโรมีน/กาโน) 14 ครัวเรือน(26.42%) ดังแสดงในตารางที่ 2 นอกจากนั้นเมื่อทำการสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ในครัวเรือน พบว่าในด้านความรู้ ผู้สูงอายุไม่ทราบข้อบ่งใช้

ของสเต็มยรอยต์ในการรักษาโรค 65 คน(79.27%) และ
ผลจากการสำรวจในครัวเรือน พบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อน
สเต็มยรอยต์จำนวน 16 ผลิตภัณฑ์ ส่วนใหญ่เป็นประเภทยา

เม็ดและแคปซูล (25.00%) แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ที่ปนเปื้อน สเต็มยรอยต์ส่วนใหญ่ได้มาจากการสั่งซื้อผ่าน
โฆษณาวิทยุชุมชน (18.75%) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลการสำรวจยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือนของผู้สูงอายุ

ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือนของผู้สูงอายุ	n(%)
การพบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน (n=82)	
มียาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน	53(64.63)
ไม่มียาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน	20(24.39)
ไม่แน่ใจ/ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นยาปฏิชีวนะหรือไม่	9(10.98)
แหล่งที่มาของยาปฏิชีวนะที่เหลือใช้ในครัวเรือน (n=53)	
โรงพยาบาลรัฐ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	14(26.42)
ร้านขายยา ขย.1	3(5.66)
ร้านค้าชำ	19(35.85)
คลินิกแพทย์	7(13.21)
คลินิกพยาบาล	5(9.43)
มีคนให้มา	2(3.77)
โรงพยาบาลเอกชน	1(1.89)
รถเร่	1(1.89)
ไม่ทราบ/จำไม่ได้ว่าได้จากที่ไหน	1(1.89)
ชนิดของยาปฏิชีวนะที่เหลือใช้ในครัวเรือน (n=53)	
กลุ่ม Penicillin	
Amoxicillin	2(3.77)
Ampicillin	1(1.89)
Penicillin/Pen V/ยาหัดแสน	11(20.75)
Cloxacillin	1(1.89)
Dicloxacillin	3(5.66)
กลุ่ม Tetracycline	
Tetracycline (ทีซีมียซิน/อีโรมียซิน/กาโน)	14(26.42)
Aureomycin	1(1.89)
Doxycycline	1(1.89)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือนของผู้สูงอายุ	n(%)
กลุ่ม Quinolone	
Norfloxacin	6(11.32)
Ciprofloxacin	3(5.66)
Ofloxacin	2(3.77)
Levofloxacin	1(1.89)
กลุ่ม Macrolide	
Erythromycin	2(3.77)
Roxithromycin	3(5.66)
Clarithromycin	1(1.89)
Azithromycin	1(1.89)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์	n(%)
การรับรู้ของผู้สูงอายุในด้านข้อบ่งใช้ของสเตียรอยด์ในการรักษาโรค (n=82)	
ทราบ	17(20.73)
ไม่ทราบ	65(79.27)
รูปแบบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ (n=16)	
ยาเม็ด/แคปซูล	4(25.00)
ยาผง	1(6.25)
ยาชุด	3(18.75)
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	2(12.50)
ยาน้ำสมุนไพร	2(12.50)
ยาลูกกลอน	1(6.25)
ยากัดยเส้น	1(6.25)
น้ำผลไม้	1(6.25)
ยาประดง	1(6.25)
แหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ (n=16)	
โรงพยาบาล	2(12.50)
ร้านขายยา	1(6.25)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์	n(%)
คลินิกแพทย์	1(6.25)
คลินิกพยาบาล	1(6.25)
ร้านค้าชำ	2(12.50)
รถเร่	1(6.25)
วัด	1(6.25)
สั่งซื้อผ่านโฆษณาวิทยุชุมชน	3(18.75)
สั่งซื้อผ่านโฆษณาทีวี	1(6.25)
มีตัวแทนบริษัทมาขายถึงบ้าน	1(6.25)
มีรถมาส่งให้ถึงบ้าน	1(6.25)
มีคนให้มา	1(6.25)

ผลการสัมภาษณ์ถึงเจตคติและพฤติกรรมต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความไม่แน่ใจว่าการกินอาหารเสริมเพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม เป็นสิ่งที่ปลอดภัย (51.22%) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ยาสมุนไพรเป็นยาที่มีความปลอดภัย สามารถซื้อกินเองได้ (76.83%) โดยพฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการกินยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน (50.00%) และบางครั้งกินยาลูกกลอน ยาต้ม

ยาหม้อ แทนยาแผนปัจจุบัน (62.20%) ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5 และจากกิจกรรมการเฝ้าระวังเตือนภัยในพื้นที่ โดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. ในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าชำ ซึ่งผลการตรวจร้านค้าชำ จำนวน 27 ร้าน พบว่า ร้านค้าชำมีการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ 11 ร้าน (40.74%) และมีการจำหน่ายยาอันตรายๆ อื่น นอกเหนือจากยาปฏิชีวนะและยาสเตียรอยด์ 5 ร้าน (18.52%) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ (n=82)

คำถาม	จำนวนของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)			Mean (SD)
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
1.การกินอาหารเสริมเพื่อช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น				
เบาหวาน ข้อเสื่อม เป็นสิ่งที่ปลอดภัย	24(29.27)	42(51.22)	16(19.51)	2.10(0.70)
2.การกินยาแผนโบราณไม่มีอันตราย	45(54.88)	24(29.27)	13(15.85)	2.39(0.75)
3.การกินยาชุดเมื่อมีอาการไม่สบายเช่น เกิดการ				
อักเสบเป็นไขปวดเมื่อยช่วยให้หายจากโรค				
ได้เร็วขึ้น	33(40.24)	41(50.00)	8(9.76)	2.30(0.64)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

คำถาม	จำนวนของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)			Mean (SD)
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
4.ยาสมุนไพรเป็นยาที่มีความปลอดภัย สามารถซื้อ กินเองได้	63(76.83)	14(17.07)	5(6.10)	2.71(0.58)
5.ยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ เป็นยาที่ช่วยบรรเทา อาการป่วย เช่น ปวดเมื่อย แก้อักเสบ ได้ดี	50(60.98)	18(21.95)	14(17.07)	2.43(0.77)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุ (n=82)

คำถาม	จำนวนของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)			Mean (SD)
	ทำสม่ำเสมอ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ	
1.กินยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณร่วมกับยาแผน ปัจจุบันจะทำให้ช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่	41(50.00)	34(41.46)	7(8.54)	2.41(0.65)
2.กินยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อ แทน ยาแผน ปัจจุบัน	10(12.20)	51(62.20)	21(25.61)	1.87(0.60)
3.กินอาหารเสริมร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อช่วย รักษาโรคที่เป็นอยู่	24(29.27)	46(56.10)	12(14.63)	2.15(0.65)
4.ซื้ออาหารเสริมที่มีตัวแทนหรือบริษัทมาขายที่บ้าน หรือในหมู่บ้าน	20(24.39)	46(56.10)	16(19.51)	2.05(0.66)
5.ซื้ออาหารเสริมหรือยาแผนโบราณที่โฆษณาผ่าน วิทยุหรือโทรทัศน์	12(14.63)	48(58.54)	22(26.83)	1.88(0.64)
6.ซื้อยาชุดจากร้านยาหรือร้านค้าชำร่วยเมื่อ เจ็บป่วย ไม่สบาย	6(7.32)	33(40.24)	43(52.44)	1.55(0.63)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการขายยาในร้านชำ (n=27)

การขายยาในร้านชำ	n(%)
1.ร้านชำที่ขายยาปฏิชีวนะ	11(40.74)
2.ร้านชำที่ขายยาสเตรอยด์ (ทั้งในรูปแบบ ยาเดี่ยวและยาชุด)	4(14.81)
3.ร้านชำที่ขายผลิตภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ (เช่น ยาแผนโบราณ อาหารเสริม)	3(11.11)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การขายยาในร้านค้าชำ	n(%)
4.ร้านค้าชำที่ขายยาอันตรายอื่น ๆ นอกเหนือจาก ยาปฏิชีวนะและยา สเตียรอยด์	5(18.52)
5.ร้านค้าชำที่ขายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านและยาบรรจสุเสร็จ	4(14.81)

ระยะที่ 3 การประเมิน สรุปลผลการสร้างรูปแบบการ
ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ อำเภ
นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ทำให้เกิดรูปแบบในการ
ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีแนวทางในการ

ดำเนินงานที่มีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ
รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม ซึ่งสามารถสรุปลผลการสร้าง
รูปแบบได้ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบรูปแบบในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่สร้างขึ้นใหม่
การวางแผน -การนัดหมาย	เภสัชกรดำเนินการนัดหมายเอง จากรายชื่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้าน ยาและออกดำเนินการเอง	1.เภสัชกรส่งรายชื่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านยา ที่จำเป็นจะต้อง เยี่ยมบ้านเร่งด่วน ปานกลางและน้อย ไปยังงานเยี่ยมบ้าน ของโรงพยาบาล โดยผู้ประสานงานจะทำการนัดหมายวันที่ ต้องออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและนัดหมายสหวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง 2.พัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
การปฏิบัติ -กิจกรรมใน การดำเนินการ	การให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ เฉพาะกลุ่มแกนนำ อสม.	1.กิจกรรม “อุ่นใจด้านยากับเภสัชกรครอบครัว” โดยการ ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ประเมิน สังเคราะห์และจัดการ ปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้น 2.กิจกรรม “การเสริมพลังด้านการใช้ยาให้กับผู้สูงอายุ” โดย การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ด้วยการจัดอบรมและเรียนรู้ ร่วมกัน ได้แก่ การจัดกิจกรรมฐานให้ความรู้เรื่องยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การบอกเล่าด้านตัวอย่างบุคคลที่ได้รับ ผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตราย การจัดทำ แผ่นภาพ/สติ๊กเกอร์วิธีการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุที่ มีปัญหาด้านสายตา การจัดทำปฏิทินการรับประทานยา 3.กิจกรรมการสร้างแกนนำในการเฝ้าระวังแจ้งเตือนภัยใน การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ด้วยการพัฒนา ศักยภาพแกนนำ อสม. และการเรียนรู้การตรวจเยี่ยมร้าน ชำ ให้แกนนำสามารถมีสมรรถนะในการตรวจสอบและ แจ้งเตือนภัย

ตารางที่ 7 (ต่อ)

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่สร้างขึ้นใหม่
การสังเกตและการสะท้อนกลับ	ไม่มี	1.ติดตามผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาไม่ถูกต้อง ด้วยการลงเยี่ยมบ้านจนกว่าจะสามารถใช้ยาได้ถูกต้อง และทำการติดตามทางโทรศัพท์
-การติดตาม		
-การสรุป ประเมินผล		2.สรุปและประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน

สรุป ผลจากการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดรูปแบบในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวลำภู จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การวางแผนในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การสร้างและการดำเนินกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความรอบรู้ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำ อสม. กลุ่มเครือข่ายบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการดูแลด้านยาต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการเฝ้าระวังการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ซึ่งผลของการดำเนินการ ทำให้เกิดแนวทางในการดำเนินงานที่มีความชัดเจน เกิดการสร้างและพัฒนานวัตกรรมในการดำเนินงาน ได้แก่ กิจกรรม “อุ่นใจด้านยากับเภสัชกรครอบครัว” เป็นกระบวนการในการดูแลการใช้ยาของผู้สูงอายุในระดับครัวเรือน เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้มีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ “การเสริมพลังด้านการใช้ยาให้กับผู้สูงอายุ” เป็นกระบวนการในการจัดการความรู้ในด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความเท่าทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน เป็นการทบทวนและสร้างความตระหนักรู้ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ และกิจกรรม “การสร้างแกนนำในการเฝ้าระวังแจ้งเตือนภัยในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม” เป็นกระบวนการในการให้เครือข่ายแกนนำรู้จักและรู้ทันในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเป็นการสร้างการเรียนรู้ที่สามารถที่จะจำแนก เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เหมาะสมและเกิดกระบวนการในการติดตามและแก้ไขปัญหาในระดับครัวเรือนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นรูปธรรม และเป็นแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่ให้ครอบคลุมต่อไป

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในการวางแผนสร้างรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ จะต้องวางบทบาทการดำเนินงานในรูปแบบของสหวิชาชีพ เพื่อเป็นการทบทวน วิเคราะห์ปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เป็นการกำหนดมาตรการการดำเนินงานร่วมกันที่ชัดเจน และเป็นการส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานในด้านการใช้ยาให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลลิจิตร จันทโชติกุล⁶ โดยเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่มีความปลอดภัยและตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภศิลา วิสุทธิ์⁷ และวินวินิจจนะ⁸ โดยปัญหาการใช้ยาในครัวเรือนของผู้สูงอายุพบว่า มียาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน ซึ่งพบยา Tetracycline (ทีซีมายซิน/อีโรมายซิน/กาโน) ร้อยละ 26.42 เหลือใช้ครัวเรือนมากที่สุด โดยมีแหล่งที่มาจากร้านค้า ร้อยละ 35.85 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศานตมล เสวกทรัพย์และคณะ⁹ ที่พบว่ายาปฏิชีวนะที่เหลือใช้ในครัวเรือนมากที่สุดคือ ยา Amoxicillin เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าสามารถหยุดรับประทานยาได้เมื่ออาการหาย รวมถึงการหลงลืมวิธีการใช้ยาหรือการมองไม่เห็นในวิธีการใช้ยา ซึ่งจะต้องมีกระบวนการในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นแนวทางปฏิบัติในการลดปัญหาการใช้และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานยาได้ถูกต้อง เช่น การจัดทำแผ่นภาพขนาดใหญ่บอกวิธีการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา การจัดทำปฏิทินการ

รับประทานยา เป็นต้น นอกจากนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า มีการใช้ยาโรคแผนปัจจุบันร่วมกันกับผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่ไม่มีความปลอดภัย มีการปนเปื้อนของยาสเตียรอยด์มีการหลงเชื่อโฆษณาจากช่องทางการโฆษณาและขายตรง มีการซื้อยาที่ไม่ปลอดภัยจากร้านค้าชำ และมีการใช้สมุนไพร่วมกันกับการรักษาโรคปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2557¹⁰ ดังนั้นการสร้างรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุด้วยการสร้างกิจกรรมและกระบวนการในการทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการยาได้ด้วยตนเอง การเข้าใจปัญหาข้อมูลเชิงลึกในการใช้ยาในผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม และการสร้างความตระหนักรู้ในผู้สูงอายุในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความปลอดภัย ดังเช่นในการวิจัยครั้งนี้ มีการสร้างกิจกรรม กระบวนการ นวัตกรรมใหม่ๆ โดยการดำเนินงานอุ้นใจด้านยากับเภสัชกรครอบครัว การเสริมพลังด้านการใช้ยาให้กับผู้สูงอายุ จึงเป็นกระบวนการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวัน วงษ์บุญหนักและคณะ¹¹ ซึ่งการสร้างรูปแบบการสร้างกิจกรรมหรือกระบวนการในการดำเนินงาน เช่น การเยี่ยมบ้านทางเภสัชกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของคลีซา สะพลอย¹² และวิไล ตาปะสีและคณะ¹³ ซึ่งพบว่า ในการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุให้มีความถูกต้องและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นจะต้องมีการวางกระบวนการแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยการติดตามดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโดยใช้กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน รวมถึงจะต้องมีการสร้างกระบวนการและกิจกรรม เพื่อป้องกันการใช้ยาและการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมความรู้และสร้างบทบาทการเป็นแกนนำเพื่อเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนกิจกรรมไปตามบริบทและสถานการณ์จะทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้นในขั้นตอนของการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงในร้านค้าชำนั้นเป็นรูปแบบที่ดำเนินการด้วยชุมชน โดยการแจ้งเตือนภัยไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีการจัดการความรู้ให้กับผู้ประกอบการ การทำมติข้อตกลงในชุมชน การติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รูปแบบที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการสร้างรูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม ซึ่งกระบวนการและกิจกรรมที่นำมาใช้ควรปรับให้เป็นบริบทตามพื้นที่นั้นๆ โดยการสร้างกิจกรรมที่สอดคล้องกับรากปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการใช้มาตรการทางด้านเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยะดา ยู่ฉิม, มยุรี นิรัทธราตร, พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, ณัฐพัชร บัวบุญ. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2561;48(1):44-56.
2. เอมอร ส่วยสม. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเรื้อรัง. ชัยภูมิเวชสาร. 2563;40(1):6-13.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). 10 พฤติกรรมการใช้ยาไม่ปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สสส.; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/10-พฤติกรรมการใช้ยาไม่ปลอดภัย>
4. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3 rd ed. Victoria: Deakin University press; 1988.

5. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. แนวทางการดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน 2560 [อินเทอร์เน็ต]. เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://loeifda.blogspot.com/2017/03/2560.html>
6. วิมลจิต จันทโชติกุล, ธิดิ รัตนาคม. บทบาทของทิมสหวิชาชีพในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา. วารสารกระป๋องสาร. 2563;3(1):61-76.
7. ศุภศิริ วิสุทธิ. การดูแลแบบสหวิทยาการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ : บทบาทของเภสัชกร. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2539;2(3):83-89.
8. วิน วิจิตรจนะ. การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ:เรื่องต้องรู้สำหรับเภสัชกร [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=1127>.
9. ศานตมล เสวกทรัพย์, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, ศิราณี ยงประเดิม. ผลของการใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอะม็อกซิซิลลินชนิดรับประทาน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2555;4(1):17-27.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือน พ.ศ.2556 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2557 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/herb56.pdf>.
- 11.ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก, ปวีณา ว่องตระกูล, ھرรษา มหามงคล, วรัญญา เนียมขำ. การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุกรณีศึกษาชุมชนศิระจรเข้ร้อย จังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2559;20(39): 97-108.
- 12.ศลิษา สะพลอย. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
- 13.วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์, สีนวล รัตนวิจิตร. รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. วารสารเกื้อการุณย์. 2560;24(1): 42-54.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการป้องกัน การติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

The Effect of Oral Health Care Nursing Practice Guidelines on the Prevention of Pneumonia in Ventilator Patients.

พรรณี วงศ์อำมาตย์*

Pannee Wongarmat

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

(Received: January 31, 2023 ; Revised: February 8, 2023 ; Accepted: February 28, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินการปฏิบัติของพยาบาล เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2565 จำนวน 25 คน และผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 76 คน และสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มควบคุม 38 คน กลุ่มทดลอง 38 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ แบบประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วย แบบรายงานการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปาก วิธีการวิจัย ได้แก่ ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลดูแลสุขภาพช่องปากตามปกติ และผู้ป่วยกลุ่มทดลองให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลสุขภาพช่องปากต่อการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Independent t-test

ผลการวิจัย : พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด อายุเฉลี่ย 29.76 ปี ศักยภาพปริญญาตรี (100.00%) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6.6 ปี ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพช่องปาก (100.00%) หลังนำแนวปฏิบัติไปใช้พยาบาลประเมินสุขภาพช่องปากได้ถูกต้อง (86.00%) เพิ่มขึ้นจากเดิมที่ไม่ได้ปฏิบัติ พยาบาลเลือกใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปากที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย (96.00%) เพิ่มขึ้นจากเดิมที่เตรียมเฉพาะไม้พันสาลีกับน้ำยาบ้วนปาก พยาบาลทำความสะอาดช่องปากโดยใช้แนวปฏิบัติสม่ำเสมอ (96.00%) เพิ่มขึ้น จากเดิมที่ไม่มีแนวปฏิบัติ 2) ด้านผู้ป่วย แบ่งเป็น 2.1 กลุ่มควบคุม 38 คน อายุเฉลี่ย 71.5 ปี วันนอนเฉลี่ย 16.21 ปี จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ 8.34 วัน การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) (84.21%) มี Platelet count มากกว่า 140,000 cell/mm³ (100.00%) 2.2 กลุ่มทดลอง 38 คน อายุเฉลี่ย 68.39 ปี วันนอนเฉลี่ย 13.68 ปี จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ 6.31 วัน การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นปอดอักเสบ (Pneumonia) (86.84%) มี Platelet count มากกว่า 140,000 cell/mm³ สภาพช่องปากผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับ

กลุ่มทดลอง พบว่าในวันที่ 1 (Mean diff.= 0.44; 95%CI: 0.32-1.22, p=.251) และวันที่ 3 (Mean diff.= 0.71; 95%CI: 0.09-1.32, p=.224) ไม่มีความแตกต่างกัน ขณะที่ในวันที่ 5 กลุ่มทดลองมีสภาพช่องปากสะอาดกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.86; 95%CI: 0.29-1.43, p=.003) ส่วนภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มทดลองไม่พบภาวะปอดติดเชื้อ (100.00%) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบภาวะปอดติดเชื้อ VAP (7.89%)

สรุปและข้อเสนอแนะ: แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลสุขภาพช่องปากป้องกันการเกิด VAP ได้

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; การดูแลสุขภาพช่องปาก; ปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

ABSTRACT

Purposes : To assess the practice of nurses, compare the oral health scores, compare the incidence of ventilator-associated pneumonia (VAP)

Study design : Quasi-experimental study

Materials and Methods : 25 of consisted nurses working in the female medical ward2 Roi Et hospital conducted between September - December 2023, 76 ventilated patients were purposive sampling. They were simple random sampling was divided into 38 control groups and 38 experimental groups. The research instruments were a general record form of nurses and patients, an oral health care nursing practice assessment form, a questionnaire on nurse satisfaction with clinical practice guidelines, an oral assessment guide, a ventilator-associated pneumonia infection report form, oral care nursing practice guideline. This study was divided into assessing the practice of nurses before and after implementing the guideline, the control group received standard oral health nursing care, the experimental group of patients provided nursing care according to the oral health care nursing practice guidelines on the prevention of pneumonia infection in ventilator patients. Data were analyzed using descriptive statistics and Independent t-test.

Main findings : The results yielded that there were: 1) Nurse (n=25), average age 29.76 years, bachelor's degree 100 percent, average work experience 6.6 years, never received knowledge about oral health nursing 100 percent. After applying the guidelines, nurses were able to assess their oral health correctly by 86 percent, an increase from the previous ones that had not been practiced. Nurses choose to use toothbrushes, toothpaste, and mouthwash that are suitable for the patient's condition, 96 percent, an increase from the original preparation of only cotton swabs and mouthwash. 2) Patients (n=78), divided into 2.1 the control group consisted of 38 patients, mean age 71.5 years, average bedtime 16.21 years, number of intubation days 8.34 days, diagnosis pneumonia 84.21 percent, platelet count greater than 140,000 cells/mm³ 100 percent. 2.2 The experimental group consisted of 38 patients, the mean age was 68.39 years, the average bedtime was 13.68 years, the number of intubation days was 6.31 days, pneumonia 86.84 percent, platelet count greater than 140,000 cells/mm³. The oral status of patients between control and experimental groups was found on 1st day (Mean diff.= 0.44; 95%CI: 0.32-1.22, p=.251) and 3rd day (Mean diff.= 0.71; 95%CI: 0.09-1.32, p=.224) was not different. While on 5th day, the experimental group had a cleaner oral condition than the control group and was significantly and statistically (Mean diff.= 0.86; 95%CI: 0.29-1.43, p=.003). As a result, the experimental group did not find while in the control group, VAP was 7.89 percent.

Conclusion and recommendations : The oral health care nursing practice guideline can prevent VAP.

Keyword : Nursing practice guidelines; Oral health care; Ventilator-associated pneumonia

* Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

สุขภาพช่องปาก (Oral hygiene) มีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจหากถูกละเลยจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia : VAP) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 10-20 ส่งผลต่อระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ เวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น การใช้จ่ายชีวิตะสูงขึ้น และอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น¹

การดูแลความสะอาดช่องปากเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากสะอาด ลดกลิ่นปาก สดชื่น มีความสุขสบาย ช่วยลดจำนวนของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ลดการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จึงทำให้อัตราการเกิด Ventilator Associated Pneumonia (VAP) ลดลง โดยทั่วไปคนจะทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน แต่มีผู้ป่วยบางประเภท ที่ต้องการทำความสะอาดปากเป็นพิเศษ ทุก 2-4 ชั่วโมงหรือบ่อยกว่าปกติ ได้แก่ ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อัมพาต ผู้ป่วยที่มีไข้สูง ผู้ป่วยที่ต้องงดน้ำ อาหารทางปาก หรือไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ผู้ป่วยที่หายใจทางปากและผู้ป่วยที่เป็นแผลในปากหรือทำผ่าตัดบริเวณปาก ต้องการการทำความสะอาดอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน และพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่ในลำดับท้ายๆ ของกิจกรรมการพยาบาล²

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 3,347 2,787 และ 3,547 คน ตามลำดับ ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวพบอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 6.27 ครั้ง 6.10 ครั้งและ 5.07 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ ปัจจุบันการทำความสะอาดช่องปากและฟันในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทุก 12 ชั่วโมง โดยใช้ไม้พ่นสาลิกับน้ำยาบ้วนปาก (Special Mouth Wash) ยังไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอยู่จึงยังเป็นแบบต่างคนต่างทำ บางคนทำความสะอาดเฉพาะฟันไม่ได้ทำความสะอาดลิ้น เพดาน และเยื่อบุกระพุ้งแก้ม ทำให้ผลลัพธ์อาจมีความแตกต่าง รวมทั้งอัตรา

การเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ยังมีการเปลี่ยนแปลงและไม่คงที่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากช่วยลดจำนวนของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก มีผลให้ยักระยะเวลาการเกิด VAP และอัตราการเกิด VAP ลดลง³ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยได้อีกด้วย ซึ่งวิธีการดูแลช่องปากของผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจจำเป็นต้องมีการประเมินสภาพของช่องปากในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถเลือกใช้วิธีและความถี่ของการดูแลช่องปากที่เหมาะสม บุคลากรที่มีสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีความสำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจขึ้นโดยมีการทบทวนแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง²

จากปรากฏการณ์และการทบทวนวรรณกรรม พบช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากของพยาบาลที่แตกต่างกัน การไม่มีนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปาก การไม่มีแนวทางการดูแลช่องปากจากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพในหอผู้ป่วย และพบภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงค้นหาวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่เป็นมาตรฐานด้วยการสกัดแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากจากหลักฐานเชิงประจักษ์และศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่เปรียบเทียบกับวิธีการเดิมว่าจะสามารถทำให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสะอาดขึ้น ลดการเกิดภาวะติดเชื้อที่ปอดและพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจหรือไม่ ด้วยคาดหวังว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินการปฏิบัติของพยาบาล เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ทุกคนจำนวน 25 คน มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 76 คน สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เข้ากลุ่มควบคุม 38 คน กลุ่มทดลอง 38 คน มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป ไม่ติดเชื้อ VAP ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ไม่มีการผ่าตัดหรือทำหัตถการใดๆ ในช่องปาก ญาติตัดสินใจยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ญาติปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.2⁴ เลือกใช้สถิติ t-test กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง 0.5 ค่าอำนาจการทดสอบ .95 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างระดับนัยสำคัญที่ .05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน⁵ เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Drop out) ได้จำนวน 4 ราย ดังนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระดับปฏิบัติการประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อมูลโรคหลัก โรคร่วม การได้รับการรักษาด้วยยาต้านยังการหลังกรด (Proton pump inhibitors) การได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) คะแนนระดับความรู้สึกตัว

(Glasgow Coma Score: GCS) สภาพช่องปากและข้อมูลทางปฏิบัติการ ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลการตรวจเลือด ค่าปริมาณของเกล็ดเลือด (Platelet)

3. แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสภาพช่องปากในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่เคยปฏิบัติ วัดพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล 3 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินสภาพช่องปาก 4 ข้อ การเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ 5 ข้อ และการดูแลสภาพช่องปาก ระยะเตรียมก่อนดูแลสภาพช่องปาก 6 ข้อ ระยะทำความสะอาดช่องปาก 14 ข้อ

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

5. แบบประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ริมฝีปาก ลิ้น เยื่อในช่องปาก น้ำลาย เหงือก และฟันหรือฟันปลอม แต่ละส่วนให้คะแนน 1, 2 และ 3 ตามลำดับ แบ่งระดับสภาพช่องปากออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 1-6 หมายถึงสภาพช่องปากปกติ คะแนน 7-12 หมายถึงสภาพช่องปากผิดปกติระดับปานกลาง 13-18 หมายถึงสภาพช่องปากมีความผิดปกติมาก

6. แบบรายงานการติดเชื้อการวินิจฉัยปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

7. แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก หมวดที่ 2 การเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการดูแลสภาพช่องปาก หมวดที่ 3 การดูแลสภาพช่องปาก แบ่งเป็น 2 ระยะ 1) ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนการดูแลช่องปาก 2) ระยะการทำความสะอาดช่องปาก เป็นข้อความของกิจกรรมสำหรับพยาบาลใช้ในการดูแลสภาพช่องปากผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้แก่ 1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล

สุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1.2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก 1.3 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 1.4 แบบประเมินสภาพช่องปาก ผู้วิจัยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ปรับปรุงตามคำชี้แนะ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: CVI) เท่ากับ .93

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้แก่

2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปาก 2.2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยการหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter rater reliability) โดยให้พยาบาลหัวหน้าเวรที่กำหนดไว้สำหรับการบันทึกแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลจำนวน 2 คนนั้น ซึ่งได้รับคำอธิบายการใช้แบบสังเกตจากผู้วิจัย ทำการสังเกตการณ์การใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลที่คัดเลือก จำนวน 4 คน ที่ได้รับคำชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยแบ่งเป็นพยาบาลเวรเช้า 2 คน และพยาบาลเวรบ่าย 2 คนและใช้แบบสังเกตชุดเดียวกันบันทึกข้อมูลที่ได้ จากนั้นจึงนำข้อมูลมาหาความเที่ยง โดยการคำนวณหาร้อยละของความสอดคล้อง (Percentage of agreement) เท่ากับ .98 และ 2.3 แบบประเมินสภาพช่องปาก ผู้วิจัยได้รับการฝึกการใช้แบบประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ และนำมาอธิบายการใช้แบบประเมินสภาพช่องปากแก่พยาบาลหัวหน้าเวรกำหนดไว้จำนวน 2 คนจากนั้นผู้วิจัยและพยาบาลทำการประเมินช่องปากของผู้ป่วยคนเดียวกัน จำนวน 3 คน แต่แยกบันทึกการสังเกตแล้วจึงนำผลการสังเกตมาคำนวณหาร้อยละของความสอดคล้อง (Percentage of agreement) เท่ากับ 1.00

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

1. ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน จัดประชุมในหน่วยงาน ชี้แจง ทำความเข้าใจ โดยให้ข้อมูลความสำคัญวัตถุประสงค์

2. วางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 2.1 กลุ่มผู้ป่วยผู้วิจัยชี้แจงแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้กิจกรรมของกลุ่มทดลองและควบคุมเป็นอิสระต่อกัน จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนจนครบ 38 คนจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ให้แต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน การวินิจฉัยโรคเหมือนกัน 2.2 กลุ่มพยาบาลผู้วิจัยวางแผนการประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อตรวจสอบผลการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปใช้ ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลหลังจากให้การพยาบาลตามปกติกับกลุ่มควบคุม

3. เริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อมีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือก พยาบาลวิชาชีพแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อ่านเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเมื่อญาติยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ญาติเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและพยาบาลจะเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปจากผู้ป่วยหรือญาติ ส่งเสมอเฉพาะชื่อเพื่อประกอบเกณฑ์ทางคลินิกสำหรับการวินิจฉัย VAP ก่อนการทดลองร่วมกับแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องไม่มีภาวะปอดติดเชื้อ VAP มาก่อน พยาบาลให้การพยาบาลตามปกติ ทำการประเมินสภาพช่องปากภายในวันที่ 1, 3 และ 5 จนครบ 38 คน

4. ประเมินการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากตามปกติของพยาบาล จำนวน 25 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินใช้แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ได้ข้อมูลก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปาก

5. จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โดยก่อนการอบรมผู้วิจัยได้ฝึกการใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก และทำการสังเกตเพื่อหาความเท่าเทียมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การใช้แบบประเมินสภาพ

ช่องปาก จากนั้นผู้วิจัยจึงจัดอบรมพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติเป็นรายกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มละ 8-9 คน จำนวน 3 ครั้ง ดำเนินการดังนี้ 5.1 ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือประเมินสภาพช่องปาก (Oral Assessment Guide: OAG) ทั้ง 5 องค์ประกอบ การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์อุปกรณ์ และวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย 5.2 เป็ดวิดีโอวิธีการแปรงฟัน การดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับการใช้อุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่จำเป็น 5.3 พยาบาลแต่ละคนได้ฝึกทักษะวิธีการแปรงฟัน การใช้แบบประเมิน OGA และ 5.4 แนะนำคู่มือของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตลอดกระบวนการอบรมใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นกำหนดข้อตกลงการนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. เก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยพยาบาลแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและญาติ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อ่านเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อญาติยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ญาติเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและพยาบาลจะเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป เวชระเบียนผู้ป่วย เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อเพื่อประกอบการวินิจฉัย VAP ตามเกณฑ์ทางคลินิกก่อนการทดลองร่วมกับแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องไม่มีภาวะปอดติดเชื้อ VAP มาก่อน พยาบาลดำเนินการใช้นโยบายปฏิบัติกับผู้ป่วย ผู้วิจัยจะคอยให้คำปรึกษาให้คำแนะนำการใช้นโยบายปฏิบัติ จนครบ 38 คน

7. ประเมินการปฏิบัติของพยาบาล โดยผู้วิจัยทำการสังเกตและบันทึกการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้น โดยทำการสังเกตไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว

8. ประเมินความพึงพอใจของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากไปใช้กับกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจให้พยาบาลเป็นผู้ประเมินจำนวน 25 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดย

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ข้อมูลการได้รับการรักษาด้วยยา ประเภทของโรค ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว ผลเกล็ดเลือด และข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาลในการนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ โดยการเปรียบเทียบร้อยละของการปฏิบัติก่อนและหลังการนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ 3) ข้อมูลคะแนนประเมินสภาพช่องปาก โดยเปรียบเทียบคะแนนสภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE003/2566

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินการปฏิบัติของพยาบาล ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 (n=25) อายุเฉลี่ย 29.76 ปี (SD=3.30) วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี 25 คน (100.00%) ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.6 ปี (SD=3.81) ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพช่องปาก 25 คน (100.00%)

1.2 เปรียบเทียบผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้ แยกเป็นรายหมวดดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินสภาพช่องปาก พบว่าก่อนการนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ พยาบาลวิชาชีพ(100.00%) ไม่มีการประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วยและไม่มีการวางแผน

การดูแลช่องปากของผู้ป่วยแต่ละราย หลังใช้แนวปฏิบัติพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการประเมินสภาพช่องปาก ได้ถูกต้อง (100.00%) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การประเมินสภาพช่องปาก ผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่ การใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก OAG และการวางแผนการดูแลสภาพช่องปากรายบุคคล ส่วนการบันทึกการประเมินสภาพช่องปากที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง (84.00%) และปฏิบัติไม่ถูกต้อง (16.00%)

หมวดที่ 2 ผลลัพธ์และอุปสรรคสำหรับการดูแลสภาพช่องปาก พบว่าก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พยาบาลวิชาชีพมีการจัดเตรียมผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์ในการทำทำความสะอาดช่องปาก โดยการใช้สำลีหรือก๊อชทำความสะอาดช่องปาก ถูกต้อง (100.00%) หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้พยาบาลวิชาชีพ เลือกใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปากได้ถูกต้อง (96.00%) และเตรียมน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซีดีน 0.12% ได้ถูกต้อง (100.00%)

หมวดที่ 3 การดูแลสภาพช่องปาก แบ่งได้ 2 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนการดูแลช่องปาก ก่อนนำแนวปฏิบัติการไปใช้ พยาบาลมีการปรับเตียงให้ศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศาได้ถูกต้อง (100.00%) หลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลมีการให้ข้อมูลวิธีทำความสะอาด ประโยชน์ ความสำคัญ ข้อจำกัดการทำความสะอาด แก่ญาติและผู้ป่วย ปรับเตียงให้ศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่มี Gag Reflex จัดท่าศีรษะสูงนอนตะแคงด้านผู้ให้การดูแลช่องปากรวมทั้งจัดทำให้สุขสบาย ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (100.00%) และ 2) ระยะทำความสะอาดช่องปาก ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พยาบาลมีการตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ประเมินการหายใจที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง (100.00%) หลังนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พยาบาลมีการล้างมือ สวมถุงมือ เปลี่ยนถุงมือ ถอดถุงมือ ประเมินสภาพช่องปาก 5 ด้าน คือ ริมฝีปาก ลิ้นและเยื่อในปาก เหงือก ฟัน น้ำลาย ดูดเสมหะน้ำลายในปาก ใช้ 0.12% Chlorhexidine ล้างทำความสะอาดปาก ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ เสียงลมรั่วทุก 8 ชั่วโมง ประเมินการหายใจ เลือกวิธีทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยที่มีฟันและไม่มีฟัน รวมถึงประเมินปัญหา

การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ (100.00%) นอกจากนี้ยังมีการใช้ Vaseline หรือ Water moisturizer ทาบริเวณริมฝีปากและการบันทึกการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (96.00%)

1.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสภาพช่องปาก พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับสูง (100.00%) Mean(SD)=5.00(0.00)

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสภาพช่องปากไปใช้

2.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยทั้งหมด 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 38 ราย อายุเฉลี่ย 71.5 ปี วันนอนเฉลี่ย 16.21 ปี จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ 8.34 วัน การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นปอดอักเสบ (Pneumonia) (84.21%) Glasgow Coma Score อยู่ระหว่าง 9-15 (60.53%) Platelet count มากกว่า 140,000 cell/mm³ (100.00%) กลุ่มทดลอง 38 คน อายุเฉลี่ย 68.39 ปี วันนอนเฉลี่ย 13.68 ปี จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ 6.31 วัน การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น ปอดอักเสบ (Pneumonia) (86.84%) Glasgow Coma Score อยู่ระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 (57.87%) Platelet count มากกว่า 140,000 cell/mm³ (100.00%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (n=76)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=38)	กลุ่มทดลอง (n=38)
อายุ (ปี)		
≤50	5(13.16)	4(10.53)
51-60	3(7.89)	6(15.79)
61-70	10(26.32)	9(23.68)
>70	20(52.63)	19(50.00)
Mean (SD.)	71.5(14.98)	68.39(13.03)
วันนอน (วัน)		
<10	19(50.00)	24(63.16)
11-20	8(21.05)	5(13.16)
21-30	7(18.42)	6(15.79)
>30	4(10.53)	3(7.89)
Mean (SD.)	16.21(13.39)	13.68(13.41)
จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ (วัน)		
≤7	27(71.05)	28(73.68)
8-14	7(18.42)	7(18.42)
15-21	2(5.26)	2(5.26)
>21	2(5.26)	1(2.63)
Mean (SD.)	8.34(6.26)	6.31(4.43)
การวินิจฉัยโรค		
- Pneumonia	32(84.21)	33(86.84)
- CHF	2(5.26)	4(10.53)
- ESRD	2(5.26)	1(2.63)
- HIV	1(2.63)	0(0.00)
- Encephalitis	1(2.63)	0(0.00)
Glasgow coma score		
9-12	23(60.53)	16(57.89)
≤ 8	15(39.47)	22(57.89)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=38)	กลุ่มทดลอง (n=38)
Platelet count		
>140,000 cell/mm ³	38(100.00)	38(100.00)

2.2 เปรียบเทียบสภาพช่องปากระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่าสภาพช่องปากระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า ในวันที่ 1 (Mean diff.= 0.44; 95%CI: 0.32-1.22, p=.251) และวันที่ 3 (Mean diff.= 0.71; 95%CI: 0.09-1.32, p=.224) สภาพช่องไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในวันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษพบว่า กลุ่มทดลองมีสภาพช่องปากสะอาดกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.86; 95%CI: 0.29-1.43, p=.003) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินสภาพช่องปากด้วยแบบประเมิน Oral Assessment Guide (OAG)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=38)		กลุ่มทดลอง (n=38)		Mean diff.	95%CI	p
	n(%)	Mean	n(%)	Mean			
ประเมินสภาพช่องปาก (วันที่ 1)		6.94		7.39	0.44	0.32-1.22	.251
5 คะแนน	4(10.53)		8(21.05)				
6-10 คะแนน	31(81.58)		29(76.32)				
11-15 คะแนน	3(7.89)		1(2.63)				
ประเมินสภาพช่องปาก (วันที่ 3)		6.26		6.97	0.71	0.09-1.32	.224
5 คะแนน	5(13.16)		15(39.47)				
6-10 คะแนน	33(86.84)		23(60.53)				
ประเมินสภาพช่องปาก (วันที่ 5)		5.78		6.65	0.86	0.29-1.43	.003
6-10 คะแนน	31(81.58)		17(44.74)				
5 คะแนน	7(18.42)		21(55.26)				

2.3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator- Associated Pneumonia: VAP) ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้

รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสภาพช่องปากไม่พบ VAP คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมพบการติดเชื้อ VAP ร้อยละ 7.89 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=38) n(%)	กลุ่มทดลอง (n=38) n(%)
ภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator- associated pneumonia: VAP)		
ไม่มี	35(92.11)	38(100.00)
มี	3(7.89)	0(0.00)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลช่องปากเดิมกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลสุขภาพช่องปากมีจุดเด่น 3 ประการ ดังนี้

1. ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพในด้านประสิทธิภาพ เห็นได้จากการพยาบาลสุขภาพช่องปากเดิมจะทำความสะอาดช่องปาก วันละ 2 ครั้งโดยใช้น้ำยาบ้วนปากของโรงพยาบาลและใช้ไม้พันสำลีทำความสะอาดช่องปาก ไม่มีแนวทางการประเมิน การบันทึก และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ขณะที่แนวปฏิบัติการพยาบาลถูกสร้างมาจากกระบวนการสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์ได้มีแบบประเมินสุขภาพช่องปาก วิธีการเตรียมอุปกรณ์ และวิธีการทำความสะอาดช่องปาก มีการบันทึกและสื่อสารข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อคุณภาพช่องปากผู้ป่วยคือทำให้ปากสะอาดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตย์ หลงละเรงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ⁶ ที่แสดงให้เห็นว่าการมีแนวทางในการประเมินสภาพช่องปากที่ชัดเจน เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสะอาดกว่าในกลุ่มควบคุม และการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับปรุงคุณภาพการดูแลช่องปากในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลช่องปากให้สะอาดมากยิ่งขึ้น ($p < .05$) นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลช่องปากตามวิธีที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

2. แนวปฏิบัตินี้ลดการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP) โดยในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากตามแนวทางที่มีอยู่เดิมพบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดภาวะปอดติดเชื้อ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ไม่พบอุบัติการณ์เกิดภาวะปอดติดเชื้อสำหรับเหตุผลที่ไม่พบภาวะปอดติดเชื้ออาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ได้เพิ่มกิจกรรมที่ครอบคลุมการป้องกันการเกิด VAP ไม่ว่าจะเป็นการใช้ น้ำยา 0.12% Chlorhexidine ซึ่งมีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย การป้องกันการเกิด Micro aspiration ของสิ่งคัดหลั่งผ่านรอบๆ ท่อช่วยหายใจลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง กิจกรรมเหล่านี้มีผลลดการเกิด VAP ได้⁷⁻⁹

3. เกิดการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากสู่งานประจำ จากผลการทำวิจัยครั้งนี้บุคลากรในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเห็นว่าควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลสุขภาพช่องปากนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง โดยนำเสนอผลการวิจัย และทำข้อตกลงการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กำหนดผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยกฤตพินอนรักษาในหอผู้ป่วย จัดทำสื่อการสอนพยาบาล โดยใช้คลิปวิดีโอการดูแลสุขภาพช่องปากใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Active Learning) ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ ที่พยาบาลทุกคนสามารถเข้าถึงได้ทันที ทุกเวลาจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ เกิดความรู้ เข้าใจ เห็นคุณค่า นำสู่การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างยั่งยืน¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรประกาศนโยบายสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากไปใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งโรงพยาบาล

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจควรเข้าใจวิธีปฏิบัติและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้วยการแปรงฟันด้วยน้ำยา 0.12% Chlorhexidine วันละ 2 ครั้งเพื่อให้ช่องปากและพื้นเยื่อเมือกป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสุขภาพช่องปากต่อการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจไปประยุกต์ใช้หรือศึกษาในบริบทหน่วยงานอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

3.2 ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมหรือบทบาทมากขึ้น ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแลช่องปากของผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ได้ครอบคลุมปัญหาของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเลือดออกและไม่ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยเนื่องจากคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมต่อการปฏิบัติในบริบทของหน่วยงาน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดแก่หน่วยงานอื่นในการนำไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาช่วยเหลือแนะนำอย่างดียิ่งจาก ดร.จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ และ ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนาโชติ ที่ได้ให้คำปรึกษาและให้ข้อคิดเห็นในการวิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องมาโดยตลอด

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ป่วยและญาติ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้ ประโยชน์และคุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดา ครู อาจารย์ที่ได้สั่งสอนอบรมมาจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. ตรีการตา แซ่ฉั่ว, มลฤดี คงวัฒนานนท์, ไกรพร บัวทอง, สุพรรณพร กิจบรรยงเลิศ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อสุขภาพช่องปากและการเกิดปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(4):46-63.
2. วินิตย์ หลงละเลิง, เรณู ชมพิกุล, เมธาร์ ศิริวัฒนสาธร. ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากต่อองค์ความรู้ของพยาบาล และภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2565;7(1):1-17.
3. Mori H, Hirasawa H, Oda S, Shiga H, Matsuda K, Nakamura M. Oral care reduces incidence of ventilator-associated pneumonia in ICU populations. Intensive Care Med. 2006;32(2):230-36.
4. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
5. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge; 1988.
6. วินิตย์ หลงละเลิง, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2559;27(1):98-113.

7. เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, ดลวิวัฒน์ แสนโสม. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2562;25(1):25-42.
8. วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, นพกมล ประจักษ์ทัศน์. แนวทางป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP): การทบทวนเนื้อหาจากงานวิจัย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2022;9(2):269-78.
9. กนกพรรณ งามมุข, ศศิมา กุสุมา ณ อยู่ธยา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การดูแลความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารการพยาบาล. 2559;18(2):1-11.
10. วินิตย์ หลงละเลิง, ปริศนา ปทุมอนันต์. ผลการดูแลสุขภาพในช่องปากจากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hospital.tu.ac.th/ndtuh/upload/addsome/files/2022032410530414.pdf>

โครงการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคู่หู (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลศรีสะเกษ) ภายใต้นโยบาย

Innovative Health Care Management

The Development of Nursing Care Systems for Open-Heart Surgery Patients in the Two Partner Hospitals (Sunpasitthiprasong Hospital and Sisaket Hospital) under the Innovative Health Care Management Policy

จินตนา ชินาภา* ประภาพร สุวรรณ์ชัย** สุลักขณา จันทวีสุข***

วารุณี กุลราช****กนกวรรณ เหล่าสาร*****

Jintana Chinapas, Prapaporn Suwaratchai, Sulakkana Janthaweesuk,

Varunee Gulrach, Kanokwan Laowsarn

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

(Received: February 7, 2023 ; Revised: February 16, 2023 ; Accepted: March 9, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคู่หู (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ) ภายใต้นโยบาย Innovative Health Care Management

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย 1) พยาบาลที่เลี้ยงห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 2) พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศรีสะเกษที่รับการฝึกปฏิบัติ 3) พยาบาลที่เลี้ยงห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศรีสะเกษ 4) ทีมผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคู่หู รวม 30 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็น 1) โครงการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคู่หู 2) ตารางฝึกปฏิบัติ และ 3) คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด และแบบติดตามการประเมินศักยภาพ (ด้านผู้ป่วย) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย: พบว่าโครงการฯ มีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.21) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ประสิทธิภาพ ผลกระทบ ความยั่งยืน และการขยายผล มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน (Mean=4.17, 4.30, 4.21, 4.24, 4.30, 4.10 และ 4.26) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหารจัดการด้านการวางแผน การจัดองค์การ การนำและการประเมินผล เพื่อสร้างความเข้มแข็งและขยายผลในการพัฒนาขีดความสามารถในบุคลากรงานห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพเขต 10

คำสำคัญ: ระบบการพยาบาล; การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด; Innovative health care management

* , ** , *** , **** , ***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

ABSTRACT

Purpose : To assess the results of development of Nursing care systems for open-Heart surgery patients in the two partner hospitals (i.e., Sunpasitthiprasong Hospital and Sisaket Hospital) under the innovative health care management policy.

Study design : Evaluation Research.

Materials and Methods : The sample consisted of project participants. 1) Operating room preceptors of Sunpasitthiprasong Hospital 2) Operating room registered nurses (Sisaket Hospital) who joined the training program. 3) Operating room preceptors at Sisaket Hospital. 4) The surgical team involved in developing a nursing system for open heart surgery patients at two partner hospitals totaled 30 people. The sample was obtained by purposive sampling. Research tools are 1) The Development of Nursing Care Systems for Open-Heart Surgery Patients in the Two Partner Hospitals. 2) A training schedule for nurses who participated in the project. 3) The handbook of nursing practices for the open-heart surgery. Data were collected by using a competency evaluation form for operating room preceptors from the two partner hospitals, a competency assessment form for the operating room nurses who attended the training of all three surgical phases and the project evaluation report (based on a patient perspective). For the data analysis, the quantitative data was analyzed employing a descriptive statistic of percentages and means, whilst the qualitative data was investigated using content analysis.

Main findings : The evaluation results showed that the project was considered acceptable at a very good level (Mean=4.21) and when considering each aspect, it was found that the context evaluation, Input Factor, process evaluation, effectiveness, input Evaluation, sustainability and transportability evaluation were appropriated in all aspects (Mean=4.17, 4.30, 4.21, 4.24, 4.30, 4.10 and 4.26) respectively.

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate the success factors of planning management, organization, leadership and evaluation. To strengthen and expand the results of capacity development in operating room personnel in the hospitals of the 10th Regional Health Authority.

Keywords : Nursing care system development; Open-heart surgery ptients; Innovative health care management

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาในระบบสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ.2563¹ พบว่า กลุ่ม “โรคหัวใจ” และหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนทั่วโลก หรือประมาณ 17.9 ล้านคน องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญสี่กลุ่มโรคได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังลงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2568² ในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าปี พ.ศ.2563 โรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของประชากรไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด 32.6 ต่อประชากรแสนคนเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน การรักษาโรคหัวใจมี 2 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาด้วยยา 2) การรักษาด้วยการผ่าตัดจะเป็นการรักษาที่การรักษาทางยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น การผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery or Heart Surgery) เป็นการรักษาที่มุ่งเน้นแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของหัวใจ เพื่อทำให้ระบบการไหลเวียน และการทำงานของหัวใจดีขึ้น จากสถิติการผ่าตัดหัวใจที่เก็บรวบรวมโดยสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2562 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นจาก 9,577 คนต่อปี เป็น 11,465 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี³ ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้า และมีแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจที่มีประสบการณ์มาก ทำให้การผ่าตัดหัวใจมีความปลอดภัยสูงและไม่น่ากลัวอย่างที่คิด การผ่าตัดหัวใจแบ่งได้ใหญ่ๆ เป็น 2 แบบ คือ 1) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (Heart – Lung Bypass Machine) ช่วยในการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจบายพาส การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีรูรั่วภายในหัวใจ และ 2) การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed Heart Surgery) เป็นการผ่าตัดโดยที่ไม่ต้องเปิดหัวใจ ไม่ต้องใช้ปอดหัวใจเทียมช่วยระหว่างการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดหลอดเลือดที่ออกจากหัวใจโดยที่ไม่ได้เข้าไปผ่าตัดภายในหัวใจ⁴

ซึ่งส่วนใหญ่การผ่าตัดหัวใจได้รับการดูแลอย่างครบวงจรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและศูนย์โรคหัวใจเนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ย่างยากซับซ้อน

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่มีความเชื่อมโยงการบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงด้วยระบบการส่งต่อ โดยที่แต่ละเครือข่ายจะมีศักยภาพในการจัดบริการที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นตัวชี้วัดร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ (ร้อยละ 100) อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 เรื่อง เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัดอำนาจเจริญ ยโสธร มุกดาหาร ศรีสะเกษ และ อุบลราชธานี ได้มีการพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ (Innovative Healthcare Management) ภายใต้ข้อ 2 คู่มือ 3 สาย 4 พันธ เพื่อให้บริการประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น และมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพยกระดับศักยภาพตามสาขา ให้มีความเชี่ยวชาญ โดยให้มีการวางแผนบุคลากร ทรัพยากร ความรู้และตัวชี้วัดตามบริบทพื้นที่ในระบบการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีอัตราตายสูงรูปแบบคู่หูดูแลสุขภาพ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูงโดยเน้นระดับตติยภูมิ และให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เริ่มมีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ชนิดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและผ่าตัดปิดผนึกลิ้นหัวใจ เมื่อปี พ.ศ. 2541 รวมระยะเวลาที่เปิดให้บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนานถึง 24 ปี จึงถือได้ว่าโรงพยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นอย่างมากจากสถิติผ่าตัดปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเฉลี่ย 500 รายต่อปีและผ่าตัดลิ้นหัวใจไมตรัลโดยการซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 82, 76 และ 105 รายตามลำดับ และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมารับบริการผ่าตัดมากขึ้นทุกปี ระยะเวลารอคิวผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนาน 4-6 เดือน ทำให้พยาธิสภาพของผู้ป่วยมีโอกาสเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้มีอาการทรุดลงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เล็งเห็นความสำคัญพร้อมยกระดับศักยภาพของโรงพยาบาลคูหา (โรงพยาบาลศรีสะเกษ) โดยมีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การใช้ต้นทุนอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยที่รอคิวผ่าตัดหัวใจในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพ ให้สามารถเข้าถึงบริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเร็วขึ้น ลดระยะวันนอนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยปลอดภัย

โรงพยาบาลสองคูหา (โรงพยาบาลศรีสะเกษ) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสำเร็จรายแรกในปี พ.ศ.2563 มีเป้าหมายเป็นศูนย์โรคหัวใจในเขตสุขภาพที่ 10 ยังมีข้อจำกัดทั้งด้าน 1) บุคลากร (Man) ได้แก่ ทีมผ่าตัดต้องมีความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยศัลยแพทย์เฉพาะทางหัวใจและหลอดเลือด ทีมวิสัญญี ทีมเทคโนโลยีปอดและหัวใจ และพยาบาลห้องผ่าตัดด้านหัวใจและหลอดเลือดที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง 2) เครื่องมือและอุปกรณ์ (Material) ได้แก่ เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง เป็นต้น 3) งบประมาณ (Money) ได้แก่ การสนับสนุนจากหลักประกันสุขภาพ ทั้งจากต้นทางถึงปลายทาง และ 4) การจัดการ(Management) ได้แก่ การบริหารจัดการให้มีทรัพยากรให้เพียงพอ เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด อย่างไรก็ตามงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศรีสะเกษ ยังไม่มีพยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะสาขาหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็น

ผู้มีบทบาทการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่มีสมรรถนะในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในกลุ่มดังกล่าว ยังไม่มีระบบการฝึกอบรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำให้ไม่มีสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดฯ ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลครอบคลุม 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ทำให้มีผลต่อศักยภาพของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งมีผลกระทบต่อความเป็นศูนย์หัวใจในเขตสุขภาพที่ 10

ดังนั้น เพื่อเป็นการยกระดับโรงพยาบาลสองคูหาในเขตสุขภาพที่ 10 (โรงพยาบาลศรีสะเกษ) ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้บรรลุเป้าหมาย ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด จึงมีการจัดการฝึกอบรมทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดร่วมกัน เป็นการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลเครือข่าย ยกระดับความเชี่ยวชาญ และสามารถขยายเครือข่าย จึงได้มีโครงการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสองคูหา (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ) ภายใต้นโยบาย Innovative health care management ขึ้นมาในปี พ.ศ. 2564 เป็นระยะเวลา 1 ปี ผู้ศึกษาจึงได้ประเมินผลของโครงการดังกล่าวเพื่อประกอบการตัดสินใจการดำเนินต่อเนื่อง ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด และความสำเร็จของโครงการฯ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคูหา (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ) ภายใต้นโยบาย Innovative Health Care Management

กรอบการประเมิน การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลสองคูหา (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ) ตามนโยบาย Innovative health care management ครั้งนี้ได้นำแนวคิด CIPP และประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPPIEST ของ Stufflebeam and Shinkfield⁵ นำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิด 7 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท

(Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Products) จำแนกเป็น ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ผลกระทบ (Impact evaluation) ความยั่งยืน (Sustainability evaluation) และการถ่ายทอดความรู้หรือการขยายผล (Transportability evaluation)

วิธีดำเนินการ โครงการการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคูหา (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ) ภายใต้ นโยบาย Innovative health care management ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2565 ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 2) พัฒนาระบบบริการพยาบาล 3) ทดลองใช้ระบบบริการ 4) ปรับปรุงระบบบริการพยาบาล 5) นำระบบบริการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง และ 6) ประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคูหา ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2565 จำนวน 30 คน ประกอบด้วย พยาบาลที่เลี้ยงห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 10 คน พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศรีสะเกษที่รับการฝึกปฏิบัติ 4 คน พยาบาลที่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีสะเกษ 6 คน ทีมผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคูหา 10 คน และศึกษาแพทย์ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 33 แพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ และใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ประกอบด้วย โครงการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคูหา (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ) ตามนโยบาย Innovative health care management ตารางฝึกปฏิบัติสำหรับผู้เข้าฝึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคูหาและคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกผลการติดตามการประเมินศักยภาพ (ด้านผู้ป่วย) แบ่งรายงานผล 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และ ส่วนที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงหลังการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 14 ข้อ และตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการพยาบาล

2.3 แบบประเมินหลังการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น/ความพึงพอใจโดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPPIEST⁵ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิภาพ ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอดความรู้

2.4 แบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลห้องผ่าตัดที่เข้าร่วมผลการดำเนินงานโครงการ 5 ด้าน ครอบคลุม 3 ระยะผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สร้างและพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาโครงการมาใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ปรับปรุงแก้ไข นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปใช้ในการเก็บข้อมูลและนำเครื่องมือทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ประเมินตามหลักการของ CIPPIEST ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.21) และจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านบริบท โดยรวมพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.17) ด้านปัจจัยนำเข้า โดยรวมพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.30) ด้านกระบวนการ โดยรวมพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.21) ด้านประสิทธิภาพ โดยรวมพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.24) ด้านผลกระทบ โดยรวมพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.30) ด้านความยั่งยืน โดยรวมพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.10) ด้านการขยายผล โดยรวมพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.26)

2. ลักษณะทางประชากร พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60.00%) มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี (60.00%) ความพึงพอใจ การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภาพรวมภายใต้โรงพยาบาลสองคู่หูในภาพรวม พบว่า อยู่ระดับดี (Mean=4.21, SD=0.81) และจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าโครงการนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงมากที่สุด (Mean=4.30, SD=0.77) โดยมีข้อเสนอแนะคือนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกที่โรงพยาบาลศรีสะเกษมีน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานโรงพยาบาลศรีสะเกษยังขาดนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ควรเพิ่มสมรรถนะวิชาชีพอื่นในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดควบคู่กับนักเทคโนโลยีอย่างเร่งด่วนและระยะเวลาฝึก

ปฏิบัติในแหล่งฝึกน้อยเกินไป

3. ด้านสมรรถนะพยาบาล

3.1 สมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(90.00%) อายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี (70.00%) มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดด้านหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในช่วง 6-10 ปี (40.00%) สมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงอยู่ในระดับมากที่สุด(Mean=4.52, SD=0.59) จำแนกรายข้อพบว่าสมรรถนะที่อยู่ในระดับมากที่สุด มี 5 สมรรถนะ (Mean=4.70, SD=0.48) คือ 1) ความรู้ สามารถสอนและสาธิตวิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง 2) สามารถประเมินตัดสินใจในการแก้ปัญหาผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม 3) มีความรับผิดชอบต่องาน 4) มีทักษะการปฏิสัมพันธ์ และ 5) การทำงานเป็นทีม

3.2 สมรรถนะพยาบาลผู้ผ่านการฝึกอบรม พบว่าอายุเฉลี่ย 35.50 ปี ประสบการณ์การทำงาน เฉลี่ย 12.50 ปี (SD=5.32) ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดเฉลี่ย 9.75 ปี (SD=6.44) ผ่านการเรียนการพยาบาลเฉพาะสาขาศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (75.00%) เรียนสาขา CVT (50.00%) สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะผ่าตัด อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด (Mean=4.71, SD=0.40) จำแนกเป็นรายด้านพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระยะหลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=4.80, SD=0.31) รองลงมาคือ ระยะผ่าตัด (Mean=4.71, SD=0.40) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะพยาบาลผู้ผ่านการฝึกอบรม

สมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงหึ่งผ่าตัด	Mean(SD)	ระดับ
1.การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระยะก่อนผ่าตัด	4.62(0.47)	มากที่สุด
2.การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระยะผ่าตัด	4.71(0.40)	มากที่สุด
3.การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระยะหลังผ่าตัด	4.80(0.31)	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	4.17(0.40)	มากที่สุด

3.3สมรรถนะพยาบาลที่เลี้ยงหึ่งผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (83.30%) อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (66.66%) ประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี (100.00%) สมรรถนะของพยาบาลที่เลี้ยงในระดับมากที่สุด (Mean=4.51, SD=0.81) พิจารณารายด้านพบว่า สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สมรรถนะการเปิดโอกาสให้พยาบาลที่มีฝึกปฏิบัติแสดงความสามารถในงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ (Mean=4.83, SD=0.40)

4. ผลลัพธ์ผู้ป่วยเชิงกระบวนการ ผลการประเมินด้านผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (57.57%) อายุเฉลี่ย 54.24 ปี ประกอบอาชีพทำนา (69.69%) ไม่เคยได้รับการผ่าตัด (96.97%) ผู้ดูแลเป็นบุตร (48.48%) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาตามแพทย์นัด (39.394%) รองลงมาคือ อาการเหนื่อย(33.33%) เป็นโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจรั่ว (60.60%) รองลงมามีทั้งลิ้นหัวใจรั่วและตีบ (24.24%) ไม่พบโรคประจำตัว (54.54%) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (18.18%) โรคประจำตัวหลายโรครวมกัน (12.12%) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล (36.36%) รองลงมาเป็นการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติก (24.24%) ระยะเวลาที่ใช้ทำกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเฉลี่ย 80.49 นาที ระยะเวลาที่ใช้ยาวนานที่สุดเป็นระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด 370 นาที ข้อการวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหึ่งผ่าตัด มีการประเมินสภาพผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อวางแผนการพยาบาล มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ระยะผ่าตัด ทั้งหมด 24 ข้อ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2 ข้อ 2) ระยะผ่าตัดแบ่งเป็นขณะรอผ่าตัด 4 ข้อ ขณะผ่าตัด 8 ข้อ 3) ระยะหลังผ่าตัด แบ่งเป็น หลังผ่าตัด

ทันที 5 ข้อและที่หึ่งผู้ป่วย 5 ข้อ

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลโครงการการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลสองคูหาภายใต้นโยบาย Innovative health care management การอภิปรายผลแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. การประเมินผลหลังการฝึกปฏิบัติของผู้ที่เกี่ยวข้องและพยาบาลหึ่งผ่าตัดที่เข้าร่วมโครงการในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรโครงการ เพื่อขยายผลในการพัฒนาขีดความสามารถในบุคลากรงานหึ่งผ่าตัดในโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพเขต 10 ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” เป็นการยกระดับโรงพยาบาลสองคูหาในเขตสุขภาพที่ 10 ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้บรรลุเป้าหมาย มีประเด็นที่น่าสนใจอภิปรายดังนี้ คือ 1) ด้านบริบท โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากหลักการและเหตุผลของโครงการมีความชัดเจน สอดคล้องกับสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลมีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพแบบยั่งยืน 2) ด้านปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาหาแนวทางการจัดหา และจัดสรร ตามความเหมาะสม ความพอเพียง และการใช้ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ โดยภาพรวม พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก จากการแสดงข้อคิดเห็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่าทีมผ่าตัดไม่เพียงพอ ทั้งนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก แพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลหึ่งผ่าตัด เป็นต้น หากมี

อัตรากำลังเพียงพอหรือทีมผ่าตัดพร้อม จะทำให้การดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน 3) ด้านกระบวนการ พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากแผนการจัดโครงการอบรมเป็นไปตามแผนการดำเนินการโครงการทุกขั้นตอน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ และได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ผู้เข้าร่วมอบรมได้ลงมือปฏิบัติจริง การมีรูปแบบที่ชัดเจนสอดคล้องกับแนวคิดของ ทิศนา ขัมมณี⁶ ว่าการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียน/ผู้เข้ารับการอบรมเป็นสำคัญ ด้วยเทคนิคการสอนต่างๆ เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียน/ผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ส่งเสริมและเรียนรู้ร่วมกัน 4) ด้านประสิทธิผลพบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก จากการประเมินสมรรถนะของพยาบาลผู้เข้าอบรมหลังฝึกปฏิบัติงานพบว่า สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด 5 ด้าน ทั้ง 3 ระยะ อยู่ในระดับดีมากสอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam and Coryn⁷ กล่าวว่า การประเมินประสิทธิผลของโครงการเป็นการประเมินผลที่มุ่งตอบคำถามว่าผลผลิตและผลกระทบเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ 5) ด้านผลกระทบ พบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากโครงการนี้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเขตบริการสุขภาพที่ 10 จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ และงบประมาณอย่างเพียงพอ ส่วนพยาบาลที่เลี้ยงภาคปฏิบัติเป็นผู้มีความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่มีประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมากกว่า 10 ปี อย่างไรก็ตามการฝึกอบรมดังกล่าว มีผู้เข้าอบรมจำนวนน้อย และในระยะเวลาฝึกอบรมสั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังที่ต้องหมุนเวียนให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดในแผนกอื่นและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเฉพาะโรคที่มีไม่เพียงพออาจส่งผลกระทบต่อเป้าหมายพัฒนาขีดความสามารถขององค์กร 6) ด้านความยั่งยืน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นการตรวจสอบการพัฒนาของพยาบาลผู้เข้าอบรมตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพทางการพยาบาลหลังการปฏิบัติงานพบว่า คะแนนรวมสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดที่

เข้าอบรมทั้ง 5 ด้าน ครอบคลุมการผ่าตัด 3 ระยะ อยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam and Coryn⁷ กล่าวว่า การประเมินความยั่งยืนของโครงการเป็นการประเมินที่มุ่งตอบคำถามว่าโครงการมีความยั่งยืนต่อไปหรือยังคงมีศักยภาพในการดำเนินการต่อไปหรือไม่ และ 7) ด้านการขยายผลพบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นการตรวจสอบความสามารถของพยาบาลผู้เข้าอบรมในการถ่ายทอดความรู้หรือขยายองค์ความรู้ไปสู่ผู้อื่น และมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้กับพยาบาลพี่เลี้ยง จะเห็นได้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถกลับไปให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้โดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้การนิเทศ ซึ่งต้องใช้ทีมผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญสูง

2. การประเมินด้านสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัดพบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัดทั้ง 2 โรงพยาบาลมีสมรรถนะอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความรู้ สอนประสบการณ์วิธีปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมิน ตัดสินใจในการแก้ปัญหาผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ มีความรับผิดชอบ ต่องาน มีทักษะการปฏิสัมพันธ์ และการทำงานเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้อย่างเหมาะสม

3. การประเมินด้านสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดที่เข้ารับการฝึกปฏิบัติ พบว่า คะแนนรวมสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด 5 ด้านทั้ง 3 ระยะ อยู่ในระดับดีมาก สะท้อนถึงคุณภาพของพยาบาลห้องผ่าตัดว่า มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดทุกด้าน โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของสุกิดา สุวรรณพันธ์ และคณะ⁸

4. ผลลัพธ์ผู้ป่วยเชิงกระบวนการ จากการทบทวนแฟ้ม 33 แฟ้มเป็นการสะท้อนให้เห็นปัญหาและความต้องการการดูแลในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำให้เห็นองค์ประกอบ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาล ทำให้พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งต่างจากการศึกษาของนงคริย์ ชัยเสนา⁹ ที่พบมี 7 ข้อ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย การเสริมสร้างพลังอำนาจภาคีเครือข่ายในการมีส่วนร่วมและแบ่งปันทรัพยากรในการจัดการสุขภาพให้แก่ประชาชน หากมีการจัดทำแผนสู่การปฏิบัติโดยการสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ ให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพที่ 10 ร่วมกัน ด้านกรอบอัตรากำลัง โครงการฝึกอบรมที่ชัดเจน รวมทั้งทรัพยากรที่ใช้ร่วมกันจะเป็นการสร้างความเข้มแข็งในระบบสุขภาพเครือข่ายสุขภาพที่ 10 ในอนาคต

2. ด้านอัตรากำลัง เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคมีการขาดแคลนแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดทำให้พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดต้องมาทำหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ผ่าตัด (Nurse assistant) ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการงานเพิ่มขึ้นและการทำหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ผ่าตัด (Nurse assistant) ซึ่งยังไม่มีกฎหมายรองรับ นอกจากนี้ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกทำหน้าที่ปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในทีมผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นอย่างมาก จึงควรได้รับการจัดสรรหาให้กับโรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาศักยภาพให้มีจำนวนเพียงพอควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน คุณงามความดีประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอมอบให้เป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ รวมทั้งบุคคลหลายๆ ท่านที่สนับสนุนและช่วยเหลือให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี นำท่านไปสู่ความสุขและความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sixty-Fifth World Health Assembly [Internet]. Geneva: WHO; 2012. [cited 2022 Dec 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/en/>. WHA65/2012/REC/1
2. ยุวดี ลีลัคนาวีระ, สุธารัตน์ ชำนาญช่าง, สุรรัตน์ คงสติ. นวัตกรรม “คู่มือดูแลสุขภาพ” และหลักสูตรการเรียนรู้ ยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่ง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(1):91-100.
3. ศิวพันธ์ ยุทธแสน, ทิพย์ศรี ชินตาปัญญากุล, เกษราธิเชียว. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะวิกฤต: การนำผลงานวิจัยสู่การปฏิบัติทางคลินิก. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(2):452-63.
4. จริญญา สายะสถิตย์. ศัลยศาสตร์โรคหัวใจที่พบบ่อย Common Cardiac surgery. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
5. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation Theory, models and applications. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
6. ทิศนา แหมมณี. 14 วิธีสอนสำหรับครูมืออาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
7. Stufflebeam DL, Coryn CLS. Evaluation: theory, models and applications. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.; 2014.
8. สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ อังคนิตย์, อาริยา สอนบุญ. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดและปฏิบัติการบริการ พยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(3):51-60.
9. นงคริภัก ชัยเสนา. ปัญหา ความต้องการและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2557;20(2): 333-43.

การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานการตรวจสอบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Development of the Effectiveness Operation Internal Audit of Primary Care Unit Roi Et Hospital Network

กาญจนา โทหา* นิตยาพร พันโน**

Kanjana Thoha, Nittayaporn Phanno

Corresponding author: E-mail: kanja.thoha@gmail.com

(Received: February 7,2023 ; Revised: February 16,2023 ; Accepted: March 10,2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ประชากร ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานการเงิน การบัญชีและพัสดุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงิน การบัญชี และด้านพัสดุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 54 คน ตั้งแต่เดือนมีนาคม – สิงหาคม 2565 เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการตรวจสอบภายใน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน Paired t-test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (79.6%) อายุ 46- 55 ปี (33.3%) สถานภาพสมรสคู่ (64.8%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (63.0%) อาชีพรับราชการ (98.1%) ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข/เจ้าพนักงานทันตกรรม (35.2%) รายได้ 30,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน (61.1%) ทักษะและพฤติกรรมการตรวจสอบภายในอยู่ในระดับสูง (100.0%) ขั้นตอนการพัฒนาประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์บริบท สภาพปัญหา 2) สอบถามความรู้ ทักษะพฤติกรรม 3) การเสริมสร้างสมรรถนะ 4) จัดทำคู่มือ 5) จัดทำแบบสอบถาม 6) กำกับ ติดตามและประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การอบรมให้ความรู้ และการจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบภายใน ส่งผลให้หน่วยบริการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และข้อบังคับ ถูกต้องมากขึ้น

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ; การตรวจสอบภายใน; หน่วยบริการปฐมภูมิ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

ABSTRACT

Purpose : To study the problem, develop and evaluate an effectiveness of internal audits of primary care units at Roi-Et Hospital network.

Study design : Action Research using the research process participatory action.

Materials and Methods : 54 of participants consisted of 18 sub-district health promoting hospitals. The sample were personnel working in finance, accounting and procurement in sub-district health promoting hospitals that using the purposive sampling method, and from March to August 2022. The instructional research were a general information interview form, a knowledge interview form, attitudes and behaviors in internal auditing. Descriptive statistics were used: frequency, percentage, mean and standard deviation, and inference statistics, Paired t-test.

Main findings : Most of the sample were female (79.6%), aged 46-55 years old (33.3%), marital status (64.8%), bachelor's degree or equivalent (63.0%), civil servant occupation (98.1%), public health officer/dental officer (35.2%), earning 30,001 baht or more per month (61.1%) Internal audit attitude and behavior was high (100.0%). The steps to develop effectiveness of internal audits in primary care unit network of Roi -Et Hospital consisted of; 1) context analysis, problem condition 2) knowledge inquiry. Behavioral attitudes 3) Capacity building 4) Manual preparation 5) Review form, and 6) Supervision, monitoring and evaluation. The sample had mean scores after training than before training ($p < .001$).

Conclusion and recommendations : Training and preparation of an internal audit guideline manual resulting in service units comply with rules, regulations and regulations more accurately.

Keywords : Effectiveness; Operation Internal Audit; Primary Care Unit.

* Public Health Technical Officer Professional Level, Roi Et Hospital.

** Public Health Officer, Experienced Level, Muang Roi Et Public Health Office.

บทนำ

การตรวจสอบภายในมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารองค์กรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการกำกับดูแลกิจการที่ดีเพื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานภารกิจมีประสิทธิภาพประสิทธิผลป้องกันหรือลดความเสี่ยงความผิดพลาดเสียหาย การไม่ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเสียหายทางการเงินทางด้านชื่อเสียงขององค์กร¹ จากการตรวจสอบภายในของคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอ CUP โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2564 ได้เข้าหน่วยรับตรวจหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 18 แห่ง ผลการตรวจสอบภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งพบว่า หน่วยรับตรวจได้ถือปฏิบัติเป็นไปตามกฎหมายระเบียบฯ ข้อบังคับและกฎเกณฑ์ต่างๆ แต่ยังมีข้อผิดพลาดทั้งนี้ได้นำแนะแก้ไขในขณะที่ยังมีข้อตรวจพบที่มีนัยสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข 3 ด้าน 1) ด้านการเงิน พบว่าไม่ปฏิบัติตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง การเก็บรักษาเงินและการนำส่งคลัง พ.ศ. 2551 เช่น ไม่ได้จัดทำทะเบียนคุมใบเสร็จรับเงิน จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวันไม่สอดคล้องกับบัญชีเงินสด การจ่ายเงินแก่เจ้าหน้าที่บางกรณี เจ้าหน้าที่การเงินไม่ได้หักภาษี ณ ที่จ่าย 2) ด้านบัญชี พบว่าบันทึกบัญชีเงินสดไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน บันทึกบัญชีในคอมพิวเตอร์ไม่ได้พิมพ์ข้อมูลมาจัดเก็บไว้เป็นหลักฐาน 3) ด้านพัสดุ พบว่าสัญญาจ้าง/ใบสั่งจ้าง ไม่ได้ติดอากรแสตมป์ หรือติดอากรไม่ครบตามจำนวนที่กฎหมายกำหนด การจัดทำชุดขออนุมัติซื้อ/จ้างไม่ถูกต้อง ไม่ได้จัดทำทะเบียนคุมทรัพย์สิน/หรือจัดทำแต่ไม่เป็นปัจจุบัน/ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน จัดทำบัญชีวัสดุไม่ถูกต้องไม่เป็นปัจจุบันยอดคงเหลือไม่ถูกต้อง ไม่มีรหัสหมายเลขครุภัณฑ์กำกับที่ตัวครุภัณฑ์ คำสั่งมอบหมายผู้รับผิดชอบด้านการเงิน บัญชีและพัสดุไม่เป็นปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาและประเมินประสิทธิผล การตรวจสอบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานการเงิน การบัญชีและพัสดุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงิน การบัญชี และด้านพัสดุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตกรรม แพทย์แผนไทย หรืออื่นๆ จำนวน 54 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมความรู้ประสบการณ์ และแนวคิดมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น แบบทดสอบถามความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมในเรื่องการตรวจสอบภายในประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รวมทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับระเบียบการเงิน การบัญชี และพัสดุ รวมทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน โดยใช้คะแนนคำตอบที่ถูกต้อง 1 คะแนน คำตอบผิด 0 คะแนน และแบ่งเกณฑ์ของคะแนนเป็นระดับความรู้ถึงเกณฑ์ของ Bloom² ดังนี้

ระดับความรู้ดี หมายถึง ได้คะแนนความรู้ตั้งแต่ 80 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนความรู้ตั้งแต่ 60-79 เปอร์เซ็นต์ (12-15 คะแนน)

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนความรู้ต่ำกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ (0-11คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน จำนวน 9 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 27 คะแนน โดยใช้คะแนนคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านมีความไม่แน่ใจกับข้อความนั้น 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น 1 คะแนน และแบ่งเกณฑ์ของคะแนนเป็นระดับเจตคติเรื่องการตรวจสอบภายใน อิงเกณฑ์ของ Bloom² ดังนี้

ระดับทัศนคติดี หมายถึง ได้คะแนนความรู้ตั้งแต่ 80 เปอร์เซนต์ขึ้นไป (21-27 คะแนน)

ระดับทัศนคติด้านกลาง หมายถึง ได้คะแนนความรู้ตั้งแต่ 60-79 เปอร์เซนต์ (17-20 คะแนน)

ระดับทัศนคติดำ หมายถึง ได้คะแนนความรู้ต่ำกว่า 60 เปอร์เซนต์ (0-16 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในเรื่องการตรวจสอบภายใน รวมทั้งหมด 5 ข้อ โดยใช้คะแนนคำตอบ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง เมื่อท่านได้กระทำทุกครั้ง 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านได้กระทำทุกครั้งหรือกระทำเป็นครั้งคราว 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง เมื่อท่านไม่กระทำสิ่งนั้นเลย 1 คะแนน และแบ่งเกณฑ์ของคะแนนเป็นระดับการปฏิบัติเรื่องการตรวจสอบภายใน อิงเกณฑ์ของ Bloom² ดังนี้

ระดับการปฏิบัติดี หมายถึง ได้คะแนนความรู้ตั้งแต่ 80 เปอร์เซนต์ขึ้นไป (12-15 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนความรู้ตั้งแต่ 60-79 เปอร์เซนต์ (9-11 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติต่ำ หมายถึง ได้คะแนนความรู้ต่ำกว่า 60 เปอร์เซนต์ (0-8 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิและมีประสบการณ์ 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ

เครื่องมือ วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้โดยใช้วิธี คูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formula) KR-20 หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งแบบสัมภาษณ์ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.71, 0.75 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชาสัมพันธ์จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความเสี่ยง และการตรวจสอบภายในของหน่วยงานระเบียบกระทรวงการคลังเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินบำรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องด้านการเงิน พัสดุ

2.ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคลากรเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง ตัวแทนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 54 คน

3.ระยะเวลาศึกษาเดือนมีนาคม – สิงหาคม 2565

4.ตรวจสอบความถูกต้องและจัดเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการตรวจสอบภายใน ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมใช้ Paired t-test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะเตรียมการ (Pre-research phase) โดยการสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรเนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษามีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานประจำต้องมีความน่าเชื่อถือ ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) โดยใช้วงจรการจัดการแบบ Deming หรือที่เรียกทั่วไปว่าวงจร P-D-C-A ซึ่งมีขั้นตอนในการศึกษา 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ข้อมูลพื้นฐานในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจสอบภายในเพื่อหารูปแบบในการตรวจสอบภายในที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคัดเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา งบประมาณ เวลา แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับอำเภอ จัดประชุมคณะกรรมการ เสริมสร้างสมรรถนะแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จัดทำแนวทางการตรวจสอบภายใน จัดทำแบบสอบถามด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนดำเนินงานแก้ไขปัญหาโดยกำหนดแผนปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรม/โครงการ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนในขั้นตอนที่ 3 จะได้แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และในขั้นตอนนี้จะปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการปฏิบัติตามแผนนั้นทางผู้วิจัย

จะมีหน้าที่ในการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมศึกษาการศึกษาวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE023/2565 และขออนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (79.6%) อายุระหว่าง 46- 55 ปี (33.3%) สถานภาพสมรสคู่ (64.8%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (63.0%) ประกอบอาชีพรับราชการ (98.1%) ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข/เจ้าพนักงานทันตกรรม (35.2%) และรายได้ 30,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน (61.1%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=54)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
25- 35	15(27.8)
36 - 45	9(16.7)
46 - 55	18(33.3)
56 - 60	12(22.2)
Mean = 44.29, SD. = 10.68, Min = 25.00, Max = 60.00	
เพศ	
ชาย	11(20.4)
หญิง	43(79.6)
สถานภาพสมรส	
โสด	15(27.8)
สมรส	35(64.8)
หย่า/ร้าง/หม้าย	4(7.4)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
อนุปริญญา/ปวส.	4(7.4)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	34(63.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	16(29.6)
อาชีพ	
รับราชการ	53(98.1)
ลูกจ้างรายเดือน/รายวัน	1(1.9)
ตำแหน่ง	
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	13(24.1)
นักวิชาการสาธารณสุข	11(20.4)
พยาบาลวิชาชีพ	8(14.8)
จพ.สาธารณสุข/จพ.พันตกรรม	19(35.2)
อื่นๆ แพทย์แผนไทย	3(5.5)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน / บาท	
10,001 – 15,000	3(5.6)
15,001 – 20,000	3(5.6)
20,001 – 25,000	12(22.2)
25,001 – 30,000	3(5.6)
มากกว่า 30,001	33(61.1)
Mean = 17,500, SD. = 1.253, Min = 15,000, Max มากกว่า 30,001	

2. ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน ระเบียบการเงิน การบัญชี และพัสดุ

เมื่อพิจารณาความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนอบรม ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน

ระเบียบการเงิน การบัญชี และพัสดุอยู่ในระดับปานกลาง (9.3%) ระดับสูง (90.7%) และหลังอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ (n=54)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนอบรม	หลังอบรม
	n(%)	n(%)
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	0(0.0)	0(0.0)
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	5(9.3)	0(0.0)
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	49(90.7)	54(100.0)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน หลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.24 คะแนน (95%CI; 1.57,2.90) ดังแสดงใน ตารางที่ 3 มากกว่าก่อนการอบรม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่ม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังอบรม ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน ระเบียบการเงิน การบัญชี และพัสดุ

คะแนนความรู้	n	Mean(SD)	Mean diff.(95%CI)	p
ก่อนอบรม	54	17.28(1.87)	2.24(1.57, 2.90)	<.001
หลังอบรม	54	19.52(1.14)		

3. ทักษะคิดต่อการตรวจสอบภายใน เมื่อพิจารณา ทักษะคิดอยู่ในระดับสูง (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 4 ทักษะคิดเรื่องการตรวจสอบภายในของกลุ่มตัวอย่างมี

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทักษะคิดต่อการตรวจสอบภายใน

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0-16 คะแนน)	0(0.0)
ระดับปานกลาง (17-20 คะแนน)	0(0.0)
ระดับสูง (21-27 คะแนน)	54(100.0)

Mean = 26.67, SD. = 0.672, Min = 25.00, Max = 27.00

4. พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในเรื่องการตรวจสอบ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องด้านการเงิน พัสดุ ภายในเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ระดับสูง (100.0%) ดังแสดงในตารางที่ 5 พบว่า การปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงการคลัง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติในการตรวจสอบภายใน

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	0(0.0)
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	0(0.0)
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	54(100.0)

Mean = 14.98, SD. = 0.190, Min = 14, Max = 15

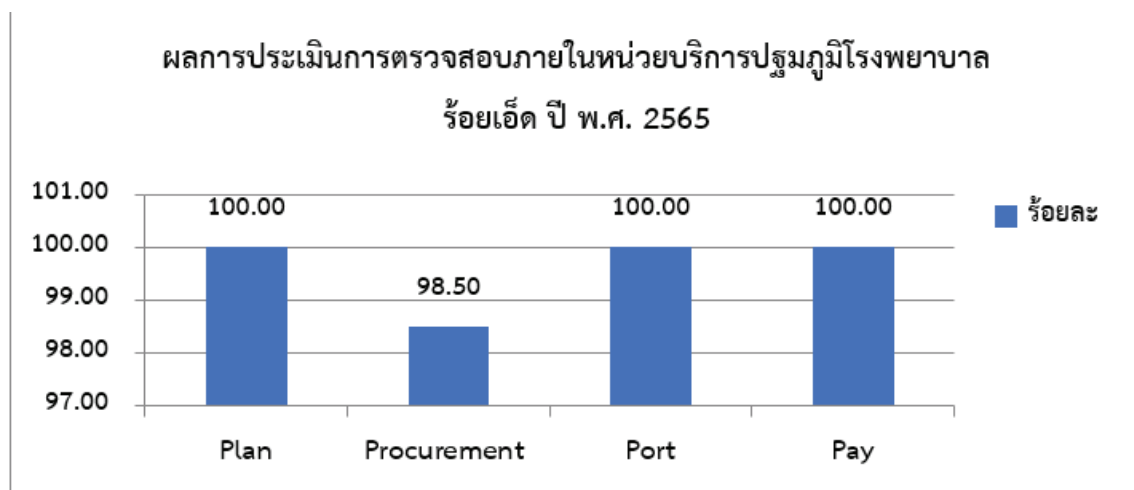
5. ประสิทธิภาพการดำเนินงานการตรวจสอบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดย 1) การวิเคราะห์บริบท สภาพปัญหาการตรวจสอบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้แบบสอบถามตามคู่มือแนวทางการตรวจสอบภายใน 2) การทดสอบถามความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมในเรื่องการเงินการบัญชี และพัสดุบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 3) การเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจสอบภายในระเบียบการเงิน การบัญชี และพัสดุ 4) จัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อเป็นแนวทางและมาตรฐานในการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง 5) จัดทำแบบสอบถามตรวจสอบภายในด้านการเงิน การบัญชี และพัสดุ ตามมาตรฐานการตรวจสอบภายในสำนักตรวจสอบภายในกระทรวงสาธารณสุข และ 6) กำกับ ติดตาม ประเมินผล ตามหลัก 4P (Plan + Procurement + Port + Pay)

Plan ตรวจสอบแผนเงินบำรุงสอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานประจำปี และแผนจัดซื้อจัดจ้างสอบทานกระบวนการจัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างประจำปี แผนจัดหาพัสดุประจำปี มีข้อมูลสำรวจความต้องการและข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ประมาณการใช้ในปีต่อไป ข้อมูลปริมาณคลังคงเหลือ ข้อมูลราคาต่อหน่วย

Procurement สุ่มเอกสารเพื่อตรวจสอบกระบวนการจัดซื้อ/จ้างเป็นไปตามระเบียบกำหนด

Port รายงานเอกสารที่สุ่มตรวจ เอกสารด้านการเงิน ด้านพัสดุการรับจ่ายวัสดุ การรายงานคลังย่อย ทะเบียนคุมสินทรัพย์

Pay การบริหารการจ่ายหนี้ และการรับรู้เจ้าหนี้ การจ่ายหนี้ภายในระยะเวลาตามระเบียบกำหนดผลการประเมินการตรวจสอบภายในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยใช้หลัก 4P พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก (100.0%) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (98.5%) ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 ผลการประเมินการตรวจสอบภายในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2565

วิจารณ์

1. ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน ระเบียบการเงิน การบัญชี และพัสดุความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน ระเบียบการเงิน การบัญชี และพัสดุอยู่ในระดับปานกลาง (9.3%) ระดับสูง (90.7%) และหลังอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง (100.0%) ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของประไพพรพรรณ โสภากและคณะ³ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความรู้ทางการตรวจสอบภายในกับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในของผู้ตรวจสอบภายในสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย ผู้ตรวจสอบภายในสถาบันอุดมศึกษามีความคิดเห็นด้วยเกี่ยวกับการมีการจัดการความรู้ทางการตรวจสอบภายในโดยรวม และเป็นรายด้านอยู่ในระดับมาก และผู้ตรวจสอบภายในสถาบันอุดมศึกษามีความคิดเห็นด้วยเกี่ยวกับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในโดยรวม และเป็นรายด้านอยู่ในระดับมาก

2. ทักษะเกี่ยวกับการตรวจสอบภายในของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการตรวจสอบภายในอยู่ในระดับสูง (100.0%) เท่านั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของรมิตา อินใสและรววิทย์ เลาหะเมทธิ⁴ ได้ศึกษาทัศนคติของผู้รับตรวจและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของการตรวจสอบที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายใน กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน พบว่าทัศนคติของผู้รับตรวจด้านความรู้ ความสามารถในการลักษณะงานตรวจสอบภายใน ด้านวิธีการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายในด้านคุณลักษณะของผู้ตรวจสอบภายใน ด้านการรายงานผลและการติดตามผลการตรวจสอบและด้านจริยธรรมของผู้ตรวจสอบภายในมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายใน

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตนการตรวจสอบภายใน อยู่ในระดับระดับสูง (100.0%) สอดคล้องกับผลการศึกษาของอาทิตยา ดิวงค์⁵ ได้ศึกษาประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน พบว่า (1) ระดับมาตรฐานการตรวจสอบภายใน ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับประสิทธิภาพมากที่สุด (2) ระดับประสิทธิภาพการตรวจ

สอบภายใน ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพมากที่สุด (3) บุคลากรสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินที่มีเพศและอายุต่างกัน มีระดับประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน (4) มาตรฐานการตรวจสอบภายในด้านคุณสมบัติและด้านการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในของสำนักงานตรวจสอบภายใน โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 92.5 (5) มาตรฐานการตรวจสอบภายในด้านคุณสมบัติและด้านการปฏิบัติงาน มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ก่อนและหลังอบรมความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน ระเบียบการเงินการบัญชี และพัสดุ พบว่า ก่อนอบรมส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (9.3%) ระดับสูง (90.7%) และหลังอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง (100.0%) สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรพรรณ แสงศิวัชเวทย์⁶ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของงานตรวจสอบภายในมุมมองของผู้ตรวจสอบภายใน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของงานตรวจสอบภายใน ประกอบด้วย คุณภาพของงานตรวจสอบภายใน การสนับสนุนจากผู้บริหาร การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะของผู้ตรวจสอบภายใน การติดตามและประเมินผล และความเป็นอิสระของผู้ตรวจสอบภายใน

5. ประสิทธิภาพการดำเนินงานการตรวจสอบภายในของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก (100.0%) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (98.5%) สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา เจริญผล⁷ ได้ศึกษาผลกระทบของระบบควบคุมภายในด้านบัญชีและการเงินที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บัญชีในอุตสาหกรรมบริการเขตภาคกลาง ผลการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นต่อระบบควบคุมภายในด้านบัญชีและการเงินอยู่ในระดับมากที่สุด พิจารณารายด้านมากที่สุด คือ กิจกรรมการควบคุม รองลงมาการติดตามและประเมินผล รองลงมา การประเมินความเสี่ยง รองลงมา สภาพแวดล้อมของการควบคุม น้อยที่สุด คือ สารสนเทศและการสื่อสาร

และความคิดเห็นที่มีต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บัญชี พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด พิจารณารายด้าน คือ คุณภาพของงบการเงิน รองลงมา ความเชื่อถือได้ของรายงาน รองลงมา ความคุ้มค่า น้อยที่สุด คือ ความทันต่อเวลา ทดสอบสมมติฐาน พบว่า สภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมสารสนเทศและการสื่อสาร การติดตามประเมินผล ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บัญชี

ข้อเสนอแนะ

การอบรมให้ความรู้เป็นสิ่งจำเป็น และการจัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบภายในทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับถูกต้องมากขึ้น

ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในการวิจัยครั้งต่อไป ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายผู้บริหารควรให้ความสำคัญและเล็งเห็นความจำเป็นของการตรวจสอบภายในว่ามีส่วนช่วยในการแก้ไข และเสนอแนะแนวทางปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ให้การสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการคลัง. ที่ กค 0408/ว.107 เรื่อง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการตรวจสอบภายในของส่วนราชการ พ.ศ. 2551. 18 กันยายน 2551.
2. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
3. ประไพพรรณ โสภา, ขจิต ฌ กาฬสินธุ์, อรุณี คำพิชิต. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความรู้ทางการตรวจสอบภายในกับประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในของผู้ตรวจสอบภายในสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2561;13(1):65-83.
4. รมิดา อินใส, วรวิทย์ เลหาเมทนี. ทศนคติของผู้รับตรวจและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของการตรวจสอบที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายใน กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. วารสารบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2562;1(2):20-35.
5. อาทิตยา ดิวงค์. ประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ba-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2563-5-14_1632293297.pdf
6. อรพรรณ แสงศิวะเวทย์. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของงานตรวจสอบภายใน [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
7. สุธิดา เจริญผล. ผลกระทบของระบบควบคุมภายในด้านบัญชีและการเงินที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บัญชีในอุตสาหกรรมบริการเขตภาคกลาง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2562.

**ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม
ของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ**
**The Effects of Risk Reduction Program on Falls Prevention Behaviors
of Elderly Risk in Community, Suwannaphum Hospital.**

พีรณตรี ศรีชัยเลิศสกุล*

Peeranut Sornchailertsakul

Corresponding author: E-mail: peeranuch55@gmail.com

(Received: February 13, 2023 ; Revised: February 19, 2023 ; Accepted: March 15, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปีจำนวน 64 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-เดือนมิถุนายน 2565 ระยะเวลาดำเนินการ 16 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov one sample test, Independent t-test และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.42 คะแนน (95%CI: 1.20,1.64) ; คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้านการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.39 คะแนน (95%CI: 1.15,1.63) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้านการจัดและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.43 คะแนน (95%CI: 1.21,1.64)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการลดความเสี่ยงและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : ลดความเสี่ยง; การป้องกันการหกล้ม; ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Purpose : To compare Falls prevention behaviors of elderly risk in community, Suwannaphum Hospital.

Study design : Quasi-experimental study.

Materials and Methods : 64 of participants were aged 60-80 who meet a inclusion and exclusion criteria, 32 of participants and classified as an experimental group and a control group, 16 of weeks a conducted between on March and June 2022. Data were collected using the fall prevention behavior questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, Kolmogorov-Smirnov one sample test, Independent t-test and statistical significance was set at 95% CI

Main findings : After intervention, the elderly in experimental group had mean score of fall prevention behavior on self-health promotion were higher than control group ($p<.001$), with mean scores were 1.42 higher than control group (95%CI: 1.20,1.64) ; mean score of fall prevention behavior in daily life were higher than control group ($p<.001$), with mean scores of fall prevention behavior in daily life were 1.39 higher than control group (95%CI: 1.15,1.63), and mean scores of fall prevention behavior in organizing and being in a safe environment were higher than control group ($p<.001$), with mean scores of falling prevention behavior in organizing and being in a safe environment 1.43 higher than control group (95%CI: 1.21,1.64).

Conclusion and recommendations : A results of this research suggest that developed program can be used to reduce a risk and prevent falls in the elderly.

Keywords : Risk Reduction; Falls Prevention Behaviors; Elderly

* Registered Nurse Professional Level, Suwannaphum Hospital.

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ.2021 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน มี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 151 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 2 ของประชากร เช่นเดียวกับทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว คือ มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20 ทวีปอื่นๆ เป็นสังคมสูงอายุทั้งหมด ยกเว้นแอฟริกาทวีปเดียวที่ยังเป็นสังคมเยาว์วัย คือ มีอัตราผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลี ร้อยละ 30 และโปรตุเกสทั้งหมดร้อยละ 30¹

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2564 มีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ.2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี พ.ศ.2565 นี้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรยังมีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี¹ การที่อายุมากขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายที่เสื่อมถอย เช่น ผิวหนังจะบางและมีรอยเหี่ยวย่นมากขึ้น การได้ยิน การมองเห็น หรือการรับสัมผัสต่างๆ จะลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมีจำนวนและขนาดลดลงทำให้เสียความสมดุลในการทรงตัว ประสิทธิภาพในการทรงตัวบกพร่อง เป็นต้น เกิดการ

พลัดตกหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ²

การพลัดตกหกล้มเป็นการล้มลงบนทางเดินและพื้นดิน รวมถึงการพลัดตกจากเก้าอี้ บันไดหรือการเปลี่ยนท่าทางโดยไม่สมัครใจ ทำให้ได้รับอันตราย หรือจากการหมดสติหรือการชัก ทั้งนี้ปัญหาหกล้มในผู้สูงอายุมีอันตรายกว่าคนวัยอื่นๆ หลายเท่าตัว และผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงและทรงตัวได้ไม่ดีพอ โดยในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อการหกล้ม 28-35% นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็น 32-42%³ ในทำนองเดียวกับสถิติเกี่ยวกับการบาดเจ็บของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ยังพบว่ามียอดการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงเป็นอันดับ 2 รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนอีกด้วย การหกล้มเกิดจากการสูญเสียการทรงตัวซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ ทำให้อวัยวะต่างๆ เช่น แขน ขา ศีรษะ ฯลฯ เกิดการกระแทก และมีอาการบาดเจ็บตามมาอาจบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรง และรุนแรงที่สุดคือเสียชีวิต โดยปัญหาการหกล้มเกิดมากกับผู้สูงอายุ และมีความอันตรายมากกว่าคนวัยอื่นจากสถิติยังพบว่าผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้มเฉลี่ย 3 คนต่อวัน⁴ อัตราการหกล้มในผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมนอกบ้านเหมือนวัยทำงาน จึงมักจะเกิดการหกล้มภายนอกบ้านมากกว่าภายในบ้านแต่เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) จะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ออกมาร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยด้วยข้อจำกัดจากสภาพร่างกาย การหกล้มส่วนมากจึงเกิดภายในบ้าน และเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่วัยผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ความเสื่อมของร่างกายยังมีมากขึ้น แต่มีกิจกรรมลดลงทำให้ลืมน้อยลง พบว่า อัตราการหกล้มแตกต่างกันขึ้นกับลักษณะของชุมชนที่ไปศึกษาโดยอัตราการหกล้มจะต่ำที่สุดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปที่มีสุขภาพดีในชุมชนพบประมาณ 0.3-1.6 ครั้งต่อคนต่อปีซึ่งอัตรานี้จะเพิ่มเป็น 2 เท่าในคนที่มีความมากกว่า 75 ปี ขึ้นไป⁵ เช่นเดียวกับสถานการณ์การหกล้มในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุวรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2566

พบว่า มีจำนวน 54, 95, 106, 70, 110 และ 149 รายตามลำดับ⁶

อย่างไรก็ตามการพลัดตกหกล้มหากเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยด้านร่างกายเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เช่น ฟกช้ำ กระดูกหักตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น ผลกระทบจากการได้รับบาดเจ็บทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะมีผลกระทบด้านจิตใจตามมา โดยในผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้มจะรู้สึกขาดความเชื่อมั่นและไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เรียกว่าความกลัวการพลัดตกหกล้ม (Fear of falling) พบมากถึงร้อยละ 33.0 หลังการพลัดตกหกล้ม ทำให้สูญเสียการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และ สูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต ถือว่าเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจในระยะยาวอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ การเข้าสังคมจะลดลง จนเกิดการแยกตัว ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เครียดและมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้²

เมื่อพิจารณาสาเหตุการหกล้มจากผลสำรวจสาเหตุที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มาจากสิ่งแวดล้อม-สุขภาพ พบหกล้มในบ้านมากที่สุด ขณะที่ส้วมยังเป็นแบบนั่งของมากกว่าครึ่งส่วนห้องนอน-ห้องน้ำ มีราวจับช่วยพยุงไม่ถึงร้อยละ 10.0 และพบว่าปัจจัยการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุบางส่วน มาจากปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากการสำรวจที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ มีราวจับที่บันไดร้อยละ 59.6 มีราวจับในห้องนอนเพียงร้อยละ 3.0 และมีราวจับในห้องน้ำร้อยละ 9.7 ส่วนห้องนอนพบว่าผู้สูงอายุที่มีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง ร้อยละ 75.5 และมีห้องน้ำอยู่ในตัวบ้านร้อยละ 80.4 ขณะที่ลักษณะของส้วมที่ใช้พบว่าเป็นแบบนั่งของร้อยละ 51.0 ด้านสุขภาพที่เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในส่วนของการมองเห็นพบว่า ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นร้อยละ 52.7 อีกส่วนเห็นชัดแต่ต้องใส่แว่นร้อยละ 32.1 และ

มองเห็นไม่ชัด-มองเห็นร้อยละ 15.2 ด้านการได้ยิน ผู้สูงอายุร้อยละ 84.9 ได้ยินชัดเจนผู้สูงอายุร้อยละ 2.0 ได้ยินชัดแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟังและผู้สูงอายุร้อยละ 12.5 ได้ยินไม่ชัด-ไม่ได้ยิน นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ สัดส่วนร้อยละ 19.7 และไม่สามารถกลืนอุจจาระได้ร้อยละ 15.8 ผู้สูงอายุร้อยละ 55.8 ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ขณะที่ร้อยละ 27.3 มีภาวะทุพพลภาพ 1-3 ชนิด และร้อยละ 44.2 มีภาวะทุพพลภาพอย่างหนึ่งอย่างใดขณะที่พฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ไม่ออกกำลังกาย ขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุร้อยละ 2.6 ดื่มแอลกอฮอล์ และมีผู้สูงอายุร้อยละ 8.3 สูบบุหรี่⁷

จากการทบทวนเอกสารพบว่า หลายองค์กรได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มเพื่อใช้ป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน โดยการใช้หลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) หรือการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based) เช่น Center for Diseases Control and prevention ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มขึ้น มีกิจกรรมที่สำคัญเช่น 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและวิธีปฏิบัติในป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายวิธีนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัว กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีการยืดหยุ่นมากขึ้น 3) การทบทวนการรักษาโดยการใส่ยาและลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา 4) การประเมินความสามารถในการมองเห็นและจัดการปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น เช่น สายตาวาย ต้อกระจก เป็นต้น และ 5) การประเมินและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่พหุปัจจัยของผู้สูงอายุให้ปลอดภัยรวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ไม้ยันรักแร้ ล้อเข็นนั่ง Walker เป็นต้น ได้มีการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แต่เป็นเพียงการเลือกใช้บางกิจกรรมที่ระบุในโปรแกรมเท่านั้น เช่นเดียวกับ Campbell et al and Robertson et al. ที่ทบทวนผลการวิจัย จำนวน

5 เรื่อง ที่เป็นการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกสมดุร่างกายร่วมกับการฝึกเดินในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 65-97 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการพลัดตกหกล้มลดลง⁸

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2565 ระยะเวลาดำเนินการ 16 สัปดาห์ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสระคู อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 430 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ² และคำนวณจากสูตรของ Rosner and Bernard⁹ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 25 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Drop out rate) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน เป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADL) ของ

โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) สมารถใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ 3) มีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุน้อยกว่า 6 คะแนน 4) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดี และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1 ครั้ง และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพ เสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียดดังนี้ คือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 15 ข้อ ถ้าคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึงว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ¹⁰ ที่ได้นำไปใช้และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมสำหรับใช้เป็นแบบสอบถามเพื่อค้นหาผู้สูงอายุไทยที่น่าจะมีปัญหาซึมเศร้า และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ Barthel ADL Index (BAI) 10 ข้อ ถ้าคะแนนการประเมินตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ดี¹¹

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ปัญหาการทรงตัว และการมองเห็น ประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสาเหตุของการหกล้ม

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

1) ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่พัฒนาจากงานวิจัยของพรทิพย์ จุลบุตร¹² งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ โดยกำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จากปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับการระมัดระวังการหกล้ม อันเนื่องจากสายตามองเห็นไม่ชัดเจน

2) นำข้อคำถามของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการ

การหกล้มทั้ง 57 ข้อมาพิจารณาความสอดคล้อง และความครอบคลุมของโครงสร้างเนื้อหา กำหนดรูปแบบของการวัดเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ และการประเมินระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มตามเกณฑ์คะแนน¹³

3) ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้ (1) การหาความตรงตามเนื้อหาแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จำนวน 5 คน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ในการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะทั้งหมดมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขการใช้ภาษาเพื่อให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และ (2) การหาความเที่ยง นำแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 และหลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างแล้วได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

3.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการลดความเสี่ยงและแผนการเรียนรู้เพื่อการป้องกันการหกล้ม ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของซูลี ภูทอง¹⁴ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของ Pender & Murdaugh¹⁵ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์¹⁶ และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม 2) กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมการจัดกิจกรรมเน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ครอบคลุมทั้งความรู้ความเข้าใจตลอดจนการนำไปใช้ 3) กำหนดเนื้อหาและกิจกรรมให้ครอบคลุมประเด็นการป้องกันการหกล้มและลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ จากกระบวนการ

สูงอายุทำให้การทำงานที่ต่างๆ ของอวัยวะในร่างกายเสื่อมลงนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการหกล้มอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เช่น การลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและช่วงการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ของขา ความสามารถในการทรงตัวลดลงเกิดปัญหาความไม่มั่นคงในการทรงตัว และความบกพร่องของการมองเห็น (Impaired visual acuity)¹⁴

4) กำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และ

5) จัดทำแผนการเรียนรู้เพื่อการป้องกันการหกล้ม 3 แผน

4.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย นำแผนการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหากิจกรรมการสอนที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และความชำนาญในการฝึกอบรม มีความรู้ความสามารถในสาขาที่เกี่ยวข้อง

5.เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม และความรู้สึที่ดีต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มประกอบด้วยข้อคำถามสั้นๆ ประมาณ 10 ข้อ เพื่อใช้ตรวจสอบว่าผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม รับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม ซึ่งผู้สูงอายุต้องตอบคำถามถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่าผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ตามกิจกรรมเรียนรู้ที่ได้จัดให้กับผู้สูงอายุ

การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. การเตรียมสถานที่โดย 1) ขอนหนังสือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรณภูมิถึงนายกเทศมนตรีตำบลสระคูเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และ 2) ประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงรายละเอียดของวิธีวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง เพื่อความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเตรียมและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดย

- 1) ประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2) ประสานงานกับเจ้าอาวาสวัด ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนขออนุญาตใช้สถานที่จัดกิจกรรมดำเนินการทดลอง และการเก็บข้อมูล และการประชาสัมพันธ์ด้วยเครื่องกระจายเสียงตามสาย ถึงการจัดกิจกรรมการลดความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ถูกต้อง และเชิญชวนผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันที่กำหนด 3) ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และแบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ Barthel ADL Index ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้จำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 179 คน 4) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบแทนที่จนครบ จำนวน 64 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มๆ ละ 32 คน 5) ผู้วิจัยสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่างวันละกลุ่ม ตามใบนัดหมาย และ 6) ทำการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัย นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 34 ข้อ มาสอบถามให้ผู้สูงอายุตอบตามการปฏิบัติจริง ใช้เวลาคนละประมาณ 20-30 นาที

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง การดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้กับ

กลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โดยดำเนินการจัดกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอนตามแผนการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 3 สัปดาห์ละครั้งๆละ 90 นาที รวม 3 ครั้ง ระหว่างเวลา 9.00- 10.30 น. ดังรายละเอียดของกิจกรรมที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจและสามารถบอก ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มและการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม รวมทั้งการความรู้สึกที่ดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้ม ซึ่งเนื้อหาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งดังนี้ คือ ครั้งที่ 1 เรื่อง การป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ สอนเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2565 เวลา 09.30-10.30 น. ครั้งที่ 2 การป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม สอนเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2565 เวลา 09.30-10.30 น. และครั้งที่ 3 การป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มโดยการฝึกการทรงตัวและการบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเท้าเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2565 เวลา 09.30-10.30 น.

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง 1) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมมาแล้ว 16 สัปดาห์ (Post-test) คือวันที่ 18 มิถุนายน 2565 โดยผู้ช่วยวิจัยสอบถามการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุตามสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุมากที่สุดด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเป็นรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยใช้ห้องประชุมโรงพยาบาลสุวรรณภูมิเป็นสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยจะแจกใบนัดในการเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมโดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และ 2) ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเสริมพลังผู้สูงอายุ พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม (Post – test) โดยผู้ช่วยวิจัยสอบถามการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุตามสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุมากที่สุดด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่บ้านเป็นรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที จนครบทุกคนตามวันและเวลาที่นัดหมายไว้ จากนั้นผู้วิจัยก็จะให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุ

และสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสม และมีการนำไปปฏิบัติที่ยั่งยืนต่อไป

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม หลังจากผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าสู่กลุ่มควบคุมแล้วผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทำการทดลองโดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ได้แก่ ลักษณะทางประชากร และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มโดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามในท้องที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ประจำคลินิกต่างๆ ที่กลุ่มควบคุมมาตรวจตามนัด ใช้เวลา 30-40 นาที 2) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และการป้องกันการหกล้มโดยลดปัจจัยเสี่ยงเป็นเวลาประมาณ 30 นาที ขณะรอแพทย์ตรวจ และ 3) ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 16 ในวันที่กลุ่มควบคุมมาตรวจตามนัดในท้องที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ โดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มอบเอกสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และการป้องกันการหกล้มโดยลดปัจจัยเสี่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 1) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการลดความเสี่ยงเริ่มและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 16 สัปดาห์ 2) วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ หลังสิ้นสุดโปรแกรม และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% CI หลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test เมื่อ test distribution is normal พบว่า $p = .461, .071, .141, .708, .769$ และ $.803$ จะเห็นได้ว่า $p > .05$ ทุกตัวแปร ดังนั้น การกระจายของข้อมูลทั้ง 6 ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) และ 3) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการลดความเสี่ยงสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 16 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% CI โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1532564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.4%) อายุเฉลี่ย 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ (56.3%) จบการศึกษาระดับชั้นระดับประถมศึกษา (46.9%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (37.5%) ขณะยืนหรือเดินท่านมีปัญหาเรื่อง เดินเซ ยืนได้ไม่นานหรือทรงตัวไม่ดี (50.0%) มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นไม่ชัดเจน เช่น ตามัว ต้อกระจก หรือสายตายาว (71.9%) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยหกล้ม ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายกระแทกพื้นได้รับบาดเจ็บ หรือเคล็ดขัดยอก (56.3%) และสาเหตุของการหกล้ม คือ สลื่นพื้น (28.1%) ในทำนองเดียวกันกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (75.0%) อายุเฉลี่ย 73 ปี สถานภาพสมรสคู่ (59.4%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (50.0%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (34.4%) ขณะยืนหรือเดินท่านมีปัญหาเรื่อง เดินเซ ยืนได้ไม่นาน หรือทรงตัวไม่ดี (56.3%) มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นไม่ชัดเจน เช่น ตามัว ต้อกระจก หรือสายตายาว (53.1%) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยหกล้ม ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายกระแทกพื้นได้รับบาดเจ็บหรือเคล็ด ขัดยอก (71.9%) และสาเหตุของการหกล้ม คือ การทรงตัว (21.9%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=32)

ลักษณะทางประชากร		n(%)	n(%)
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
เพศ	ชาย	13(40.6)	8(25.0)
	หญิง	19(59.4)	24(75.0)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	70.11(6.31)	73.25(7.95)
	Min(max)	60.0(80.0)	61.0(80.0)
สถานภาพสมรส	โสด	2(6.3)	5(15.8)
	คู่	18(56.3)	19(59.4)
	หม้าย/หย่า/แยก	12(37.5)	8(25.0)
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	1(3.1)	1(3.1)
	ระดับประถมศึกษา	15(46.9)	16(50.0)
	ระดับมัธยมศึกษา	8(25.0)	7(21.9)
	อนุปริญญา	4(12.5)	4(12.5)
	ระดับอุดมศึกษา	4(12.5)	4(12.5)
อาชีพหลัก	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12(37.5)	11(34.4)
	ค้าขาย	1(3.1)	2(6.3)
	เลี้ยงสัตว์	2(6.3)	3(9.4)
	ทำนา ทำไร่ ทำสวน	4(12.5)	3(9.4)
	ข้าราชการบำนาญ	7(21.9)	7(21.9)
	รับจ้าง	5(15.6)	5(15.6)
	อื่นๆ ระบุ	1(3.1)	1(3.1)
ขณะยืนหรือเดินท่านมีปัญหาเรื่อง เดินเซ ยืนได้ไม่นาน หรือทรงตัวไม่ดี			
มีปัญหา		16(50.0)	14(43.8)
ไม่มีปัญหา		16(50.0)	18(56.3)
ปัญหาเรื่องการมองเห็นไม่ชัดเจน เช่น ตามัว ต้อกระจก สายตาวาว			
มีปัญหา		23(71.9)	17(53.1)
ไม่มีปัญหา		9(28.1)	15(46.9)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	n(%)	n(%)
ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาเคยหกล้ม ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายกระแทก พื้นได้รับบาดเจ็บหรือเคล็ด ขัดยอก		
ไม่มี	14(43.8)	23(71.9)
มี	18(56.3)	9(28.1)
สาเหตุของการหกล้ม		
สะดุดพื้น	4(12.5)	6(18.8)
การทรงตัว	3(9.4)	7(21.9)
ลื่นพื้น	9(28.1)	6(18.8)
วิ่งเวียน	8(25.0)	6(18.8)
ไม่เคยหกล้ม	8(25.0)	7(21.9)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยรวมและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.42 คะแนน (95%CI: 1.20,1.64); ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มด้านการปฏิบัติตนในชีวิต

ประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.39 คะแนน (95%CI: 1.15,1.63) และผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มด้านการจัดและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.43 คะแนน (95%CI: 1.21,1.64) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
การสร้างเสริมสุขภาพตนเอง					
กลุ่มทดลอง	32	3.82(0.10)	1.42(0.10)	(1.20,1.64)	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.40(0.59)			
การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน					
กลุ่มทดลอง	32	3.92(0.06)	1.39(0.12)	(1.15,1.63)	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.53(0.66)			
การจัดและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย					
กลุ่มทดลอง	32	3.89(0.06)	1.43(0.11)	(1.21,1.64)	<.001
กลุ่มควบคุม	32	2.46(0.60)			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มด้านการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ด้านการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน และด้านการจัดและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุม พบผลเช่นเดียวกับการศึกษากับ ผู้สูงอายุในชุมชนคำแก้ง ตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ประกอบด้วยมิติที่ 1 สุขสนุก กิจกรรม รำเช้งสุขใจ มิติที่ 2 สุขสบาย กิจกรรม แกว่งแขนเรียกพลัง มิติที่ 3 สุขสว่าง กิจกรรมมือสลับขยับสมอง มิติที่ 4 สุขสงบ กิจกรรมสมาธิบำบัด และมิติที่ 5 สุขสง่า กิจกรรมเปิดใจสู่การกอด พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ เท่ากับ 18.27 และหลังได้รับโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 55.65 ซึ่งผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนางเล่ออำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มจำนวน 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

($p < .001$) ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และพฤติกรรม การป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .001$) และอัตราการพลัดตกหกล้มของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Mean = 1.30, SD. = 0.48) ภายใน 90 วัน ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (Mean = 1.40, SD. = 0.50)² ในทำนองเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร 2 ชุมชน จาก 35 ชุมชน ที่มีลักษณะประชากร ประเพณี วิถีชีวิตขนาดของชุมชนคล้ายคลึงกันพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งสนับสนุนการนำโปรแกรมการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันการหกล้ม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมช่วยลดภาวะพึ่งพิง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น⁵

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายและขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้ ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าเมื่อ

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบจากการหกล้ม และการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก สามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยการสอนและสาธิตการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างการทรงตัว ที่สามารถทำได้ที่บ้าน สะดวก ไม่ต้องเดินทางออกจากบ้านเพื่อออกกำลังกาย และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถ โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อประเมินและกระตุ้นเตือนในการจัดสิ่งแวดล้อม ทั้งตัวผู้สูงอายุเองรวมถึงครอบครัวของผู้สูงอายุด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในชุมชน แต่ทั้งนี้อาจจำเป็นต้องจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล เช่น จัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุ หรือจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มเล็ก 3-4 คน เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุต้องเดินทางออกไปนอกบ้านหรือชุมชน หรือนำอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามาร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1.2 ควรมีการศึกษาในหลายๆพื้นที่หรือชุมชน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในภาพรวม โดยคำนึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น โรคประจำตัว ยาโรค เป็นต้น เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่เพิ่มกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน (Strengthening/ resistance exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพการออกกำลังกายต่างๆ ผู้มีอายุ 65-70 ปี กำลังกล้ามเนื้อจะลดลงร้อยละ 15.5-26.7 ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง การฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ด้วยการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อทำได้โดยการยกน้ำหนัก การดันหรือการผลักของหนักและค่อยๆ เพิ่มน้ำหนักทีละน้อย เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อแขนและขา ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

2.2 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในระยะติดตาม เพื่อดูความคงทนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2565.
2. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, กรรณิการ์ เทพกิจ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35 (3):186-194.
3. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2559;5(2):119-31.
4. จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. หกล้มในผู้สูงอายุ อันตรายกว่าวัยอื่นหลายเท่าตัว ปัญหาที่ต้องระวัง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: งานสื่อสารองค์กร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/หกล้มในผู้สูงอายุ-อันตราย/>
5. ศศิมา ชีพัฒน์, เพลินพิศ สุวรรณอำไพ, ทศนีย์ รวีวรกุล. ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(ฉบับพิเศษ):97-112.
6. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. งานยุทธศาสตร์. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2566.
7. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ภัทพร คงบุญ. รายงานวิจัยโครงการศึกษานโยบายและการดำเนินงานการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.); 2563.

8. ภาวดี วิมลพันธุ์, ขนิษฐา พิศฉลาด. ผลของโปรแกรมการปลัดตกกล้ามเนื้อต่อการปลัดตกกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2556.
9. Rosner BA. Fundamental of Biostatistics. 5th ed. Pacific Grove: Duxbury; 2000.
10. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ระวีวรรณ นิวัตพันธ์, พวงสร้อย วรกุล, จรรยา อุดลยศักดิ์, พันธุ์จง หาญวิวัฒน์กุล. คุณค่าและการวิเคราะห์ปัจจัยของเจริญแอทริคซ์ตีเปเรสชั่นสเกลในผู้สูงอายุไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2537; 38(7): 383-89.
11. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
12. พรทิพย์ จุลบุตร. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการสร้างนิสัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2554.
13. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
14. ชุติ ภูทอง. ผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
15. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; 2002.
16. Kolb DA. Experiential Learning Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1984.
17. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, นิพพาภัทร สิ้นทรัพย์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยอีสาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2564;18(1):26-40.

**ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านโคกยาง อำเภอบริหารกิจ จังหวัดบุรีรัมย์**

**Effects of Family Participation Program on Knowledge Outcome Health Promoting
Behaviors and Blood Pressure Outcomes in High risk of Hypertension
in Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital,
Prakhon Chai district, Buri Ram Province.**

วัชร เสงี่ยมศักดิ์*

Watchara Sangiamsak

Corresponding author: Email: watchara50@gmail.com

(Received: February 15, 2023 ; Revised: February 26, 2023 ; Accepted: March 19, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง อำเภอบริหารกิจ จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มๆ ละ 43 คน กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว 7 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบบันทึกการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6.69 คะแนน (95%CI; 5.41, 7.97) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า 0.84 คะแนน (95%CI; 0.69, 0.99) ; หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure น้อยกว่า 18.27 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 12.15, 24.40) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Diastolic Blood Pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ย Diastolic Blood Pressure น้อยกว่า 23.07 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 19.04, 27.09)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ส่งผลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่วน Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure ลดลง

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัว; ความรู้; พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง

ABSTRACT

Purposes : To study the effects of family participation program on knowledge outcome, health promoting behaviors and blood pressure outcomes in high risk of hypertension in Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital Prakhon Chai district, Buri Ram province.

Study design : Quasi-experimental study.

Materials and Methods : 86 of participants were high risk of hypertension in area of Ban Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital, 43 of divided into experimental and comparison group. The experimental group was a family participation program consisted of 7 activities with a duration of 12 weeks. Data was collected using a questionnaire, tests and physical examination records. Descriptive statistics were analyzed and comparison of mean score differences of knowledge outcome variables, health behaviors and blood pressure after an intergroup experimental group were performed using an independent t-test at 95% confidence interval

Main findings : After 12 weeks of trial, the experimental group had a mean score of knowledge about hypertension than the comparison group ($p < .001$), with a mean score of knowledge about hypertension greater than 6.69 scores (95%CI; $p < .001$). 5.41, 7.97 ; the experimental group had a higher mean health behavior score than comparison group ($p < .001$), with a mean health behavior score greater than 0.84 scores (95%CI; 0.69, 0.99); After trial, the experimental group had mean systolic blood pressure less than comparison group ($p < .001$), with mean systolic blood pressure less than 18.27 mmHg. (95%CI; 12.15, 24.40), and after trial, the experimental group had mean diastolic blood pressure less than the comparison group ($p < .001$), with mean diastolic blood pressure less than 23.07 mmHg. (95%CI; 19.04, 27.09).

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that program this resulted an knowledge increased, health promoting behaviors and blood pressure outcomes keep decreasing.

Keywords : Family Participation; Knowledge; Health promoting behaviors; High risk of Hypertension

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง¹

ขณะเดียวกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง และโรคอื่นๆ ทุกภาคส่วนมีความพยายามในการจัดระบบบริการให้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องกว่า 20 ปี โดยให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการเสมอภาคในผู้ป่วยทุกกลุ่ม เน้นการขยายการจัดบริการทางคลินิกด้วยมาตรฐานการบริการตามรูปแบบของศูนย์ความเป็นเลิศไปในทุกพื้นที่ของประเทศ เมื่อเกิดความแออัดภายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้มีการกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านด้วยกระบวนการจัดบริการแบบย่อส่วน โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่คร่าชีวิตของคนทั่วโลกเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ปัจจุบันคนไทยมีความดันโลหิตเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาหลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้

ตระหนักว่าเป็นโรค แม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้อิงตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ประเด็นต่างๆ ในด้านคุณภาพของการวินิจฉัยการรักษาและติดตามในระบบสาธารณสุขก็ยังต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอีกมาก ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) เพิ่มขึ้น จาก 115.3 มม.ปรอท ในปีพ.ศ. 2535 เพิ่มขึ้น 121.8 มม.ปรอทในปีพ.ศ.2557 โดยในผู้ชายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 116.9 มม.ปรอท เป็น 124.4 มม.ปรอท ส่วนในผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 113.7 เป็น 119.4 มม.ปรอท ประชากรในเขตเมืองมีค่า SBP เฉลี่ยเพิ่มจาก 117.2 มม.ปรอท เป็น 120.8 มม.ปรอท ส่วนในชนบทเพิ่มจาก 114.9 มม.ปรอท เป็น 122.6 มม.ปรอทในขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 โดยในผู้ชายความชุกเพิ่มจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 25.6 ส่วนในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 23.9 โดยเฉพาะความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ปฏิบัติได้ และยังพบว่า แนวโน้มของการไม่ตระหนักถึงการเป็นโรคของผู้ป่วยลดลง จากร้อยละ 72.4 ในปีพ.ศ. 2547 เหลือร้อยละ 44.7 ในปีพ.ศ. 2557 ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปีพ.ศ. 2547 มาเป็นร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2557² และพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2559-2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40-44 กลุ่มอายุ 50 -59 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21 -22 กลุ่มอายุ 40 -49 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 8-9 และ กลุ่มอายุ 15-39 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น โดยในปีล่าสุดมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า³

เช่นเดียวกับสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามกลุ่มอายุดังนี้ กลุ่มอายุ <15 ปี จำนวน 80 ราย กลุ่มอายุ 15-39 ปี จำนวน 2,755 ราย กลุ่มอายุ 40-49 ปี จำนวน 10,851 ราย กลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 32,444 ราย และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 101,505 ราย ตามลำดับ และอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากในกลุ่มอายุ 40-49 ปี จำนวน 33 ราย กลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 104 ราย และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,598 ราย จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยตายเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และสอดคล้องกับสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง อำเภอบัวชุม จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2564 พบว่ามีจำนวน 33, 28, 32 และ 22 ราย ตามลำดับ และกลุ่มเสี่ยง จำนวน 266, 154, 98, และ 23 ราย ตามลำดับ⁴ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตหรือการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยได้ดีเท่าที่ควร เกิดจาก 3 สาเหตุ คือ สาเหตุแรกคือมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (คิดเป็นประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าอาจเคยได้รับการวัดความดันโลหิตมาก่อนแล้ว เนื่องจากผู้ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตและได้รับแจ้งว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะไม่มีการดูแลและไม่สนใจในระบบและถูกต้องแม่นยำของการวัดความดันโลหิต ตลอดจนขาดความเข้าใจถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นตามปกติจากการวัดความดันโลหิตอย่างไรก็ตาม การขาดความเอาใจใส่ในการใช้อุปกรณ์และในวิธีการวัดความดันโลหิตให้ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่มั่นใจดังกล่า ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะมาติดตามเพื่อรักษาหรือเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง สาเหตุที่สอง คือ มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6 (คิดเป็นประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ทราบและตระหนักแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้

ความพยายามอย่างเหมาะสมที่จะอธิบายและสร้างความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจ่าง ปลอบใจให้ผู้ป่วยอาศัยข้อมูลจากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดี ตามวิธีการที่ถูกต้องของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และสาเหตุที่สามคือ การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่ แต่ก็ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิภานาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีความปลอดภัยหรืออุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการละลายของทั้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ก็เป็นสาเหตุที่มีความสำคัญไม่น้อย สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการรักษาคือการที่แพทย์ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอและผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง ดังนั้น เมื่อรู้สึกว่สบายดีอยู่แล้ว ก็มักจะไม่มีเรียกร้องให้แพทย์ได้ปรับยาเพื่อเข้าสู่ระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ดีที่สุด²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่ามีโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และคะแนนเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกัน⁵ ใช้กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ เสริมพลังบวก ความหวัง สุขภาพองค์รวม ทบทวนตนเอง เป้าหมายมีไว้พุ่งชน โยคะคลายเครียด Let's relax โภชนาการต้องรู้ เมนูที่รัก และ My Idol พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และบุคลากรกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่าความดันโลหิตลดลง⁶ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยประยุกต์ทฤษฎีด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) และนำการออกกำลังกายด้วย “ตาราง 9 ช่อง” มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการป้องกันตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁷

นอกจากนั้นการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกาย สรุปได้ว่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติมีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ การลดดัชนีมวลกายให้ได้ประสิทธิภาพต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการรับประทานอาหารตามแนวทางด้านโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับ เช่นเดียวกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการรับประทานอาหาร DASH สามารถลดน้ำหนักได้ 1.42 กิโลกรัมภายในเวลา 8-24 สัปดาห์⁸ และการรับประทานอาหารที่เน้นการรับประทานผักผลไม้ นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง และควบคุมพลังงานไม่เกินวันละ 2,000 แคลอรีต่อวัน และจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นถ้ามีการจำกัด

ปริมาณโซเดียมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง⁹ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์แบบเมต้า พบว่า การรับประทานอาหาร DASH สามารถลดความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก 6.74 และ 3.54 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ¹⁰ และในประเทศไทยมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมควบคุมการรับประทานอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าการรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสามารถลดระดับความดันโลหิตได้¹¹

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในโรงพยาบาลโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา หลังจากดำเนินการไปแล้ว 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม¹² แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย แผนจัดเมนูสุขภาพ แผนสร้างกิจกรรมทางกาย แผนผ่อนคลาย และแผนการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการตามแผนปรับแผน และประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมได้แก่ เพื่อนความดัน ลดเค็ม-ลดเกลือโซเดียม ขยับกายหายจากโรคเมนูสุขภาพ พลังครอบครัว เรียนรู้เพื่อสุขภาพ และสุขภาพดีวิถีพุทธตามบริบทและวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติและใกล้เคียงปกติ¹³ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีจำนวนลดลงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pre-post design) ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2565 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง จังหวัดบุรีรัมย์ที่ได้จากการคัดกรองประจำปี พ.ศ.2565 จำนวน 92 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ คือ (1) ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอทหรือมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท (2) อายุ 35 ปีถึง 60 ปี (3) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง จังหวัดบุรีรัมย์ (4) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง และ (5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต และ (2) ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยคำนวณขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จากงานวิจัยที่ศึกษามาแล้วของเพ็ญศรี สุพิมพ์¹⁴ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี อำเภอสองดาว จังหวัดสกลนคร จึงได้นำคะแนนตัวแปรหลัก (Main outcome) คือ คะแนนความรู้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มาหาค่าความแปรปรวน ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลอง จำนวน 43 คน เท่ากับ 12.53 คะแนน และค่าความแปรปรวนเท่ากับ 1.94 และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 44 คน เท่ากับ 10.36 คะแนน และค่าความแปรปรวนเท่ากับ 2.88 มาคำนวณมาจากวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม G*Power 3.1.5 มี Effect size =0.72, p = .05, Power =.95 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 86 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือโดยการศึกษาทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหาตามความมุ่งหมาย ถูกต้องตามเกณฑ์และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความตรงของเนื้อหา

1.เครื่องมือวิจัยในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาและต่อยอดมาจากงานวิจัยของปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธและคณะ⁵ โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5-6 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยคนเดียวกันเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมให้เหมือนกันทุกกลุ่ม ซึ่งมีกิจกรรม 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เสริมความรู้และร่วมแลกเปลี่ยน (ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 90 นาที) ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง โดยการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจง

วัตถุประสงค์ รายละเอียด ระยะเวลาการทำการวิจัย เพื่อสร้างความคุ้นเคยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง เช่น ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด รวมทั้งการอธิบายบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุน จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม และการกำกับติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้วิจัยกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวเปิดโอกาสให้ซักถาม และผู้วิจัยพูดกระตุ้นและชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะมีสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ หากมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและสามารถควบคุมการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ด้วยกันและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 เสริมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน (ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 90 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก ประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติตัว เลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน มาเล่าถึงการปฏิบัติตัวจนประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิต พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำในการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน ใช้เวลาแกว่งแขน กับกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัว ร่วมกันฝึกการออกกำลังกายประมาณ 30 นาที 3 ระยะ 7 ท่า จนสามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวซักถามข้อสงสัย สรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 เสริมการรับประทานอาหารลดเค็มและไขมันสูง (ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 90 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างพูดถึงการ

ปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายว่ามีการปฏิบัติตัวเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ยังมีสิ่งใดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการออกกำลังกาย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำการเลือกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การยกตัวอย่างเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อแต่ละวัน พร้อมทั้งครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือก จัดซื้อ การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวจะมีการติดตามการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารอย่างเนื่อง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย สรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกันและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 เสริมทีมช่วยกันวางแผนลดความเครียด (ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา 90 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด กล่าวชักจูงให้เกิดความมั่นใจและความพยายามในการดูแลตนเองต่อไปเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย สรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 เสริมการติดตามและกำลังใจ (ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 ระยะเวลา 90 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าไม่สามารถปฏิบัติได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยเสริมแรงให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง (ครั้งที่ 6-11

สัปดาห์ที่ 6-11 ระยะเวลา 60 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และเข้าห้องครัวบ้านกลุ่มเสี่ยงในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าไม่สามารถ ปฏิบัติได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยเสริมแรง ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวติดตามให้มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ครั้งที่ 12 สัปดาห์ที่ 12 ระยะเวลา 60 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ประเมินความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บันทึก พร้อมทั้งร่วมกัน อภิปรายหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยเสริมแรงให้กำลังใจและ กล่าวขอบคุณ กลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวที่ให้ความ ร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการดูแลตาม โปรแกรมปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโคกยาง คือ การให้คำแนะนำในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

2. แบบสอบถามเพื่อการวิจัย ประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนักตัว ส่วนสูง รอบเอว อาชีพหลัก ระดับการศึกษา และประวัติในครอบครัวมีญาติ สายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือ โรคอ้วน ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของวิริยา สุขวงศ์และ คณะ¹⁵ ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง

การตรวจตามนัด ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบคือ ตอบถูก และตอบผิด จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของ ไชยยา จักรสิงโต¹⁶ ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ โรคอ้วน เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 37 ข้อ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของภัทร แสนธรรมมา¹⁷ ได้ศึกษาผลการ เสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลังอำนาจ ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ และตอนที่ 4 แบบบันทึกการตรวจร่างกาย เป็นแบบบันทึกระดับความดันโลหิตที่ได้จากการวัดโดยอ้อม โดยวัดระดับความดันโลหิตก่อนเริ่มการทดลองและหลังการ ทดลองแล้วนำค่าความดันโลหิตมาแปลผลตามเกณฑ์ของ JNC คือ ผู้ป่วยที่มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg หรือ มีค่า ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg¹⁵

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ขอความร่วมมือจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพิจารณาจากผลการตรวจคัดกรองประจำปีเทียบกับ เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกของโครงการวิจัย จากนั้น ดำเนินการสัมภาษณ์ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน ดำเนินการทดลอง การเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ สุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก (Simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจนครบ จำนวน 86 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่ม เปรียบเทียบ 43 คน

2.จัดปฐมนิเทศบุคลากรที่เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม

เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการ การเตรียมตัวก่อนการทำการกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับงานวิจัย และแจกอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมอธิบายวิธีการใช้งานและการบันทึกข้อมูลลงในสมุดสุขภาพประจำตัว

3.กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในการทดสอบและการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

4. ผู้วิจัยดำเนินการวัดตัวแปรตาม โดยมีตัวแปรตามคือ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (2) พฤติกรรมสุขภาพ และ (3) ค่าความดันโลหิต โดยการวัดความรู้และพฤติกรรมสุขภาพใช้แบบวัดทั้ง 2 ฉบับนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ทำแบบวัดทั้ง 2 ฉบับด้วยตนเองพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่มใช้เวลาประมาณ 50 นาที และตรวจสุขภาพกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง และความดันโลหิต

5.ดำเนินการจัดโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม 7 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 เสริมความรู้และร่วมแลกเปลี่ยน กิจกรรมที่ 2 เสริมการออกกำลังกายโดยใช้รำกระบอง กิจกรรมที่ 3 เสริมการรับประทานอาหารลดเค็มและไขมันสูง กิจกรรมที่ 4 เสริมทีมช่วยกันวางแผนลดความเครียด กิจกรรมที่ 5 เสริมการติดตามและกำลังใจ กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง และกิจกรรมที่ 7 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 12 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ

6. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มบันทึกพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

7. การทดสอบหลังจากจัดโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น 12 สัปดาห์ โดยทำแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ และตรวจวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ดำเนินการด้วยตัวเอง โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล (Automatic blood pressure monitor) ยี่ห้อออเมรอน (Omron) รุ่น HEM-6121 โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักเป็นเวลา 15 นาที ก่อนทำการวัดและบันทึกผลลงในสมุดสุขภาพประจำตัว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนักตัวส่วนสูง รอบเอว อาชีพหลัก ระดับการศึกษา และประวัติในครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคอ้วน และวิเคราะห์ตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจาย (Distribution of normality) ของตัวแปรผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตก่อนทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

3. สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ 95% confidence interval (95%CI)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยแสดงหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงข้อมูลต่อกลุ่มตัวอย่างทุกราย หากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องระบุชื่อนามสกุลของตนเอง ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ผู้วิจัยมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมการวิเคราะห์และการแปลข้อมูล โดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงาน และโรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใดๆ และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 86 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน

43 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 43 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 25 คน (58.10%) อายุเฉลี่ย 45 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 35 คน (81.40%) น้ำหนักตัวเฉลี่ย 58.20 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 161.80 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 81.93 เซนติเมตร ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 24 คน (55.80%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. จำนวน 25 คน (58.10%) มีประวัติครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือโรคอ้วน จำนวน 33 คน (76.74%) และความดันโลหิตบนเฉลี่ย 115.31 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตล่างเฉลี่ย 71.21 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 24 คน (55.80%) อายุเฉลี่ย 44.6 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 41 คน (95.30%) น้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.80 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 161.95 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 77.20 เซนติเมตร ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 28 คน (65.10%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. จำนวน 31 คน (72.10%) มีประวัติครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือโรคอ้วน จำนวน 33 คน (76.74%) และความดันโลหิตบนเฉลี่ย 133.58 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตล่างเฉลี่ย 94.28 มิลลิเมตรปรอท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
		n(%)	n(%)
เพศ	ชาย	18(41.90)	19(44.20)
	หญิง	25(58.10)	24(55.80)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	45.00(8.00)	44.60(6.93)
	Min(Max)	35.00(60.00)	35.00(57.00)
สถานภาพสมรส	โสด	5(11.60)	1(2.30)
	คู่	35(81.40)	41(95.30)
	หม้าย/ร้าง/แยกกันอยู่	3(7.00)	1(2.30)
น้ำหนักตัว(กก.)	Mean(SD.)	58.20(7.68)	57.80(9.19)
	Min(Max)	47.00(83.00)	40.00(80.00)
ส่วนสูง(ซม.)	Mean(SD.)	161.80(7.72)	161.95(6.73)
	Min(Max)	148.00(180.00)	148.00(178.00)
รอบเอว(ซม.)	Mean(SD.)	81.93(5.84)	77.20(6.08)
	Min(Max)	66.00(93.00)	62.00(89.00)
อาชีพ	เกษตรกร	24(55.80)	28(65.10)
	ข้าราชการ	6(14.00)	4(9.30)
	รับจ้าง	13(30.20)	11(25.60)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
		n(%)	n(%)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	8(18.60)	5(11.60)
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	25(58.10)	31(72.10)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	9(20.90)	0(0.00)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1(2.30)	7(16.30)
ประวัติครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือโรคอ้วน			
ไม่มี		10(23.26)	10(23.26)
มี		33(76.74)	33(76.74)
ความดันโลหิตบน	Mean(SD.)	115.31(11.25)	133.58(16.75)
	Min(Max)	100.00(158.00)	100.00(170.00)
ความดันโลหิตล่าง	Mean(SD.)	71.21(5.77)	94.28(11.95)
	Min(Max)	60.00(84.00)	74.00(114.00)

2.หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตมากกว่า 6.69 คะแนน (95%CI; 5.41, 7.97) และหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า 0.84 คะแนน (95%CI; 0.69, 0.99) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับโรค HT					
กลุ่มทดลอง	43	15.74(1.53)	6.69(0.64)	5.41, 7.97	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	9.05(3.94)			
พฤติกรรมสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	43	1.81(0.07)	0.84(0.07)	0.69, 0.99	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	0.97(0.47)			

3. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure น้อยกว่า 18.27 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 12.15, 24.40) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างใน

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Diastolic Blood Pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ย Diastolic Blood Pressure น้อยกว่า 23.07 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 19.04, 27.09) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean(SD)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
Systolic Blood Pressure					
กลุ่มทดลอง	43	115.31(11.25)	18.27(3.07)	12.15, 24.40	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	133.58(16.75)			
Diastolic Blood Pressure					
กลุ่มทดลอง	43	71.21(5.77)	23.07(2.03)	19.04, 27.09	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	94.28(11.95)			

วิจารณ์

1. ผลการทดลองครั้งนี้พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตมากกว่า 6.69 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองจากประชาชนที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปจากโรงพยาบาลบางปลาหมัดตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาหมัด จังหวัดสุพรรณบุรี ใช้ระยะเวลา 3 เดือนในการเก็บข้อมูล ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ทำให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และพฤติกรรมตอบสนองด้านอารมณ์ มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะรับรู้ เกิดกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในความรู้ความเข้าใจของตน

เกิดการยอมรับสภาพการณ์ที่เป็นจริง ช่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกในทางที่ดีมีกำลังใจที่ดีขึ้น ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณกิจกรรมในขั้นตอนนี้ให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา โดยใช้คำถามสะท้อนคิด ความสามารถในการปฏิบัติตัวดูแลตนเองที่ผ่านมา คำถามช่วยให้กลุ่มทดลองคิดทบทวนและสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง กิจกรรมในขั้นตอนนี้ให้กลุ่มทดลองยกตัวอย่างปัญหาผลกระทบจากการดูแลตนเองเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน โดยการรับฟังการเล่าประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการอภิปรายปัญหาหารือกันวิเคราะห์ตนเอง กลุ่มทดลองสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีว่าตนต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่น

ไปสู่เป้าหมายด้วยคุณค่าของตนเอง ผู้วิจัยให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยกำหนดระยะเวลา 1 เดือน พร้อมกับแนะนำให้สมาชิกติดตามสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ให้กลุ่มทดลองนำวิธีปฏิบัติที่ตนตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ถ้าพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางที่เลือกแล้ว ใช้กระบวนการกลุ่มในการร่วมมือแก้ไขปัญหา กลุ่มทดลองสามารถหาวิธีแก้ปัญหาที่กลุ่มเสนอแนะด้วยตนเอง ถ้าปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือความสำเร็จ กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการอย่างมีพลวัตร ถ้าไม่สำเร็จจะได้รับการกำลังใจในการปรับปรุง แก้ไขและปฏิบัติต่อไปจากกระบวนการกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหาและแนวทางแก้ไข ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม¹⁸

2. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า 0.84 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง จังหวัดอุดรธานี ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 60 ราย ใช้เกณฑ์คัดเข้าคือ อายุระหว่าง 35-59 ปี ความดันโลหิตขณะพัก มีระดับความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) เท่ากับ 130-139 มม.ปรอทหรือมีระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) เท่ากับ 85-89 มม.ปรอท แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนที่ผ่านการทดสอบ ผ่านการตรวจสอบความตรง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการปฏิบัติตนทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์และการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในตำบลหนองพลับ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ⁵

3. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure น้อยกว่า 18.27 มิลลิเมตรปรอท และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Diastolic Blood Pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ย Diastolic Blood Pressure น้อยกว่า 23.07 มิลลิเมตรปรอท พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม¹⁹ และพบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก หลังการทดลองแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายแบบซิกก ช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้า นุ่มนวล การหายใจช้าลึกสม่ำเสมอ จิตจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหวและการหายใจจึงทำให้เกิดสมาธิ ร่างกายหลั่งสารแห่งความสุขที่เรียกว่าเอ็นโดฟิน (Endorphin) สู่กระแสเลือดการหายใจลึก ทำให้กระตุ้นเส้นประสาท

วากัส (Vagus nerve) ซึ่งเป็นระบบประสาทพาราซิมพาเธติกให้ทำงานดีขึ้น ร่างกายและจิตใจจึงผ่อนคลายความเครียดลดลง²⁰ และพบผลเช่นเดียวกับเกสรารวณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์²¹ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการฝึกทักษะการออกกำลังกาย โดยการเดินร่วมกับการแกว่งแขน ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนที่ถูกรวีกี ตามด้วยการเดินเร็วระยะทางประมาณ 2 กิโลเมตร ผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการเดินช้าลง และตามด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการสาธิตอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สื่อที่ใช้ได้แก่ โมเดลอาหารแลกเปลี่ยน แผ่นพับ ภาพพลิก และคนต้นแบบ หลังการทดลองครบ 12 สัปดาห์ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบแกว่งแขนถือเป็นการออกกำลังกายประเภทแอโรบิกทำให้หัวใจและปอดมีความแข็งแรง หลอดเลือดส่วนปลายมีแรงต้านลดลงจึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและการออกกำลังกายทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกและแคทโคลามีนในเลือด ทำให้การหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อเป็นจังหวะ ช่วยบีบตัวให้เลือดไหลกลับหัวใจเพิ่มขึ้นและกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรงมากขึ้น หัวใจได้มากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ส่งผลให้ช่วงหัวใจคลายตัวนานขึ้น ทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจต่ออนาที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งแปรผันตามการเต้นของหัวใจลดลง ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง²⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ไปใช้กับบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การป้องกันโรคที่ประยุกต์ทฤษฎีทางกายภาพบำบัดร่วมกับหลักของอาหารและออกกำลังกาย (การเดินแกว่งแขน) และโดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของประกอบการดูแลบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงอื่นที่มีบริบทคล้ายกับการวิจัยนี้

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุราต่อระดับความดันโลหิต

2.3 ควรศึกษาวิธีการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สามารถออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension). เชียงใหม่: ทรินิตี้; 2562.

3. ภัทรระ แสนไชยสุริยา, บังอร เทพเทียน, ปาริชาติ จันทน์จรัส, ภูษิต ประคองสาย, กุมาริ พชนี, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. รายงานผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2563.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; 2564.
5. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, กมลพรรณ วัฒนากร, ขวัญตา กลิ่นหอม และพัชรนันท์ รัตนภาค. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559;3(3):1-14.
6. สุตาภัทร ประดับแก้ว. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
7. ฉัตรลดา ดีพร้อม, นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลชุมพร อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. J Sci Technol MSU. 2562;38(4):451-61.
8. Soltani S, Shirani F, Chitsazi MJ, SalehiAbargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Obes Rev. 2016;29(4): 442-54.
9. ภทพร บวรทิพย์, อติชาติ ใจใหม่. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามแนวทางด้านโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2562;42(4):132-39.
10. Saneai P, Salehi-Abargouei A, Esmailzadeh A, Azadbakht L. Influence of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on blood pressure: A systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2014;24(12):1253-61.
11. อัมพร บวรทิพย์, วชิระ สุริยะวงศ์, จุฑามาศ กิตติศรี. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ประสิทธิภาพของโปรแกรมควบคุมการรับประทานอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูงต่อความดันโลหิตในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;6(1):14-25.
12. จินตนา นุ่นยะพริก, มณีนรัตน์ ชีระวัฒน์, ขวัญเมือง แก้ว พฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. วารสารสุขภาพศึกษา. 2562;42(1):190-203.
13. นวพร วุฒิธรรม, พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, ชุตินา สีนวล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในจังหวัดราชบุรี. พยาบาลสาร. 2562;46(2): 70-82.
14. เพ็ญศรี สุพิมล. ผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี อำเภอสังขละ จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
15. วิริยา สุขวงศ์, ธนพร วรรณกุล, ชลิตา โสภิตภักดีพงษ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2554.
16. ไซยา จักรสิงห์โต. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน [วิทยานิพนธ์]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2560.

- 17.ภัทร แสนธรรมมา. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- 18.เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง, ปุรินทร์ ศรีศัลักษณ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2559;22(1):65-76.
- 19.วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา, สุภาพร แนวบุตร, ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตนและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2562;46(2):95-107.
- 20.ลลิตา บุญงาม, ชนัญชิดาสุขภู ฑูลศิริ, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซิกงต่อระดับความดันโลหิตของสตรีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(1):82-94.
- 21.เกสรารวรรณ ประดับพจน์, ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2564; 8(5):148-61.

การรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่น ของประชาชนในจังหวัดนครพนม

News perception and preventive behaviors of COVID-19 after the declared to
an endemic disease of populations in Nakhon Phanom Province

ปฐมาภรณ์ อุดานนท์* พยาวดี แอบโธสง** บารเมษฐ์ ภิราล้า***
Padthamapon Udanon, Payaowadee Abthaisong, Baramet Piralam

Corresponding author : Email: padthamapon@hotmail.com

(Received: February 23, 2023 ; Revised: March 4, 2023 ; Accepted: March 28, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 440 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Pearson product-moment correlation coefficient และ Multiple linear regression by backward elimination technique กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (63.86%) อายุระหว่าง 15-76 ปี (เฉลี่ย 41.0 ปี, SD $\pm$ 12.6) เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (99.09%) เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 (47.73%) ค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ข่าวสารอยู่ในระดับดี (79.09%) พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (56.36%) จำนวนเข็มของการฉีดวัคซีนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ($r=0.20$, $p<.001$) และปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($\beta=0.09$, $p=.01$) การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำความสะอาดบ้าน ($\beta=0.09$, $p=.01$) การแยกห้องนอนเป็นสัดส่วนภายในบ้าน ($\beta=0.10$, $p=.01$) ระดับการศึกษา ($\beta=0.14$, $p<.001$) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทบุคคล ($\beta=0.22$, $p<.001$) และการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทสื่อสารมวลชน ($\beta=0.41$, $p<.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นเรื่องการสื่อสารผ่านสื่อและบุคคลที่น่าเชื่อถือเพื่อให้เกิดความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลตนเองและการทำความสะอาดบ้านเรือนของประชาชน

คำสำคัญ : การรับรู้ข่าวสาร; พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19; หลังการเปลี่ยนผ่าน; โรคประจำถิ่น

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, **นักเทคนิคการแพทย์, ***ผู้จัดการโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ABSTRACT

Purpose : This study aimed to determine factors associated with preventive behaviors of COVID-19 after the declared to an endemic disease of populations in Nakhon Phanom Province.

Study design : An analytic cross-sectional study.

Materials and Methods : The study populations were 440 residents aged 15 years old and over. Data was collected between February and March 2023 using the developed questionnaire. The data were descriptive statistics, pearson product-moment correlation coefficient, and multiple linear regression by backward elimination technique, at a significant level of .05

Main findings : Most of study populations were female (63.86%) and aged 15-76 years (Mean 41.0 years, SD $\pm$ 12.6), COVID-19 vaccinated in 99.09% and were infected with COVID-19 in 47.73%. The mean score of news perception was in a good level (79.09%) while a mean scoring of preventive behaviors was in a good level (56.36%). The doses of COVID-19 vaccination associated with preventive behaviors of COVID-19 ($r=0.20$, $p<.001$). From the multiple linear regression analysis; factors positively associated with preventive behaviors of COVID-19 were gender ($\beta=0.09$, $p=.01$), using disinfectants for house cleaning ($\beta=0.09$, $p=.01$), separation of bedroom in house ($\beta=0.10$, $p=.01$), education levels ($\beta=0.14$, $p<.001$), news perception through personal media ($\beta=0.22$, $p<.001$) and news perception thorough mass media ($\beta=0.41$, $p<.001$).

Conclusion and recommendations : Findings from this study can be used to definite the health education programs that focusing on accreditable personal and mass media to build up an accurate knowledge and awareness to practice the preventive behaviors of COVID-19 and to create the practice guideline for self-care management and a house cleaning.

Keywords : News perception; Preventive behaviors of COVID-19; After the declared; Endemic disease

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา โลกยังคงเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดระลอกแล้วระลอกเล่า โดยมียอดผู้ป่วยสะสมทั่วโลกมากกว่า 635 ล้านราย ยอดผู้เสียชีวิตกว่า 6.6 ล้านราย ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 และยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าปัจจุบันจะมีวัคซีนในการป้องกันและถูกฉีดกระตุ้นภูมิคุ้มกันทั่วโลกไปแล้วมากกว่า 2 แสนล้านโดส¹ แต่โรคโควิด 19 ยังคงมีการแพร่ระบาดในทุกภูมิภาคทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญเนื่องมาจากไวรัสเป็นสิ่งมีชีวิตที่สามารถเพิ่มจำนวนได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมจนเกิดการกลายพันธุ์ ซึ่งอาจทำให้ไวรัสสายพันธุ์ใหม่มีศักยภาพสูงกว่าเดิมโดยสามารถแพร่กระจายได้เร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการทางคลินิกที่รุนแรง เกิดการหลบหลีกภูมิคุ้มกันทำให้ประสิทธิภาพของวัคซีนลดลง หรืออาจส่งผลกระทบต่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา จึงเรียกไวรัสกลายพันธุ์ในกลุ่มนี้ว่า Variants of Concern (VOC) โดยปัจจุบัน WHO กำหนดให้สายพันธุ์ Omicron เป็นสายพันธุ์ที่น่ากังวล (VOC) เพื่อให้มีการจัดลำดับความสำคัญในการติดตามและการวิจัย² การกลายพันธุ์ของไวรัสนั้นเป็นกลไกตามธรรมชาติ จะยังคงดำเนินต่อไปตราบที่ยังมีการระบาดและมีผู้ติดเชื้อ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีวิธีการหยุดการกลายพันธุ์ในร่างกายมนุษย์ ทำได้เพียงแค่ตัดวงจรการระบาด โดยการควบคุมพื้นที่ระบาด การรักษาระยะห่าง การฉีดวัคซีน การป้องกันส่วนตัว ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ หลีกเลี่ยงพื้นที่เสี่ยง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อและตัดโอกาสในการกลายพันธุ์ของไวรัสได้

สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อในประเทศไทยแม้จะมีการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ไปแล้วกว่า 143 ล้านโดส โดยครอบคลุมเข็มที่ 1 ร้อยละ 82.5 เข็มที่ 2 ร้อยละ 77.5 และเข็มที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 46.6³ แต่การติดเชื้อยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูล ณ วันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 มียอดผู้ติดเชื้อรวม 4,698,373 ราย เสียชีวิต 33,037 ราย (0.7%) แม้ว่าสถานการณ์การติดเชื้อยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่เมื่อ

เปรียบเทียบอัตราการตาย ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อสายพันธุ์ Omicron จะมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อสายพันธุ์ Delta ถึง 4 เท่า⁴ อย่างไรก็ตามการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ยืดเยื้อมาเกือบ 3 ปี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและระบบเศรษฐกิจทั้งในประเทศและทั่วโลกเป็นระยะเวลายาวนาน ทางรัฐบาลจึงมีนโยบายปรับการบริหารจัดการโรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic disease) เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโควิดได้ภายใต้การใช้ชีวิตวิถีปกติใหม่ (New normal) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ ยกเลิกโควิด 19 จากโรคติดต่ออันตรายให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป⁵

เมื่อมีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะ Post-Pandemic กลายเป็นโรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไป ทางรัฐบาลจำเป็นต้องมีแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย การส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ การใช้ชีวิตวิถีปกติใหม่ หลักการปฏิบัติตนหลังการเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากโควิด-19 ยังคงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งการกลายพันธุ์และการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างอาจจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นได้อีกครั้ง ดังนั้น การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และรวดเร็วยังคงเป็นมาตรการสำคัญ เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและสร้างความสมดุลทางสุขภาพ ฟื้นฟูสังคมและเศรษฐกิจของประเทศให้กลับมาดีขึ้นโดยเร็วที่สุด⁶ มีหลายการศึกษาพบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์นั้น นอกจากจะเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็วแล้ว ยังสามารถสร้างการรับรู้ความเข้าใจต่อโรคก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค ทำให้สังคมเข้าสู่การปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่ (New normal) และบรรณรักษ์ให้ประชาชนหันมาสนใจในสุขภาพของตนมากยิ่งขึ้น⁷

นับตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการระบาดของโควิด-19 มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ทำให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด-19⁸⁻¹⁹ รวมทั้งแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019⁹ ผลการศึกษาที่ผ่านมาสามารถนำมาต่อยอดสร้างองค์ความรู้แล้วนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาการระบาดที่เกิดขึ้นไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อมสิ่งที่ได้จากการศึกษาปัญหาในพื้นที่สามารถสะท้อนบริบทและสภาพแวดล้อมของพื้นที่ได้อย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสารและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในพื้นที่จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) ผู้วิจัยเลือกจังหวัดนครพนมเป็นพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive section) เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานอยู่ ทำให้มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี จึงได้ศึกษาการรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครพนมที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบขนาดประชากร โดยใช้สูตรการคำนวณของ ทาโร ยามาเน¹⁰ โดยใช้ฐานประชากรกลางปีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 587,167 คน และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 400 คน และคำนวณ Drop out 10% ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 440 คน และการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มอำเภอ จำนวน 12 อำเภอ โดยจะทำการสุ่มเก็บแบบสอบถามในพื้นที่อำเภอเมืองนครพนม 55 คน

และอำเภออื่น ๆ อีก 11 อำเภอๆ ละ 35 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 440 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม โดยใช้แนวคิดของการรับรู้ข่าวสาร ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการศึกษาอื่น^{6-9, 11-15} เข้ามาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามจะมีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางด้านประชากรศาสตร์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ และตอนที่ 2 ข้อมูลทางด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม จำนวน 9 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อคำถาม ส่วนที่ 2 การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบตามประสบการณ์ที่เคยรับทราบข้อมูลมา จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 ประเภทของสื่อที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบสอบถามความถี่และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับการรับคำแนะนำความรู้และการป้องกันโรคโควิด-19 จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มากน้อยเพียงใด แบ่งออก 2 กลุ่ม คือ การรับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลและจากสื่อสารมวลชนทั้งหมด 13 แหล่งข้อมูล ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มีให้เลือก 4 ระดับ โดยประยุกต์การวัดคะแนนตามแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท คือ ไม่เคย (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และสม่ำเสมอ (3 คะแนน)¹⁶ แล้วนำไปเทียบตามเกณฑ์ของ Best and Kahn¹⁷ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติหรือการแสดงออกของผู้ตอบแบบสอบถามในการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ มีทั้งหมด 16 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)¹⁶ แล้วนำไปเทียบตามเกณฑ์ของ Best and Kahn¹⁷ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมในการใช้ภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการวัด ด้วยคำดัชนี

ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence: IOC) พบทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน ด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมทางไกล (VDO conference) เกี่ยวกับขั้นตอนการขอคำยินยอมสำหรับผู้รับวิจัยและการบอกกล่าวคำชี้แจง การเคารพสิทธิและการรักษาความลับของผู้รับวิจัย และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามก่อนทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง โดยการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจะเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร และสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1.สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 นำเสนอ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เบื้องต้นของการรับรู้ข่าวสาร ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ข่าวสาร ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) โดยใช้เทคนิคการขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ด้วยโปรแกรม STATA version 13.0¹⁸

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม (REC 002/66) และผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิ์ในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้รับวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 440 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (63.86%) อายุระหว่าง 15-76 ปี อายุเฉลี่ย 41.00 ปี ($SD \pm 12.60$) สถานภาพสมรสคู่ (60.91%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (35.91%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (35.00%) รายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (29.32%) และไม่มีโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ (86.59%, 77.27%, 88.86% ตามลำดับ)

ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 3-10 คน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 5 คน (56.82%) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.60 คน ($SD \pm 1.33$) เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (25.45%) ผู้สูงอายุ (39.55%) สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีการแยกห้องนอนอย่างเป็นสัดส่วน (84.55%) อากาศถ่ายเทสะดวก (95.91%) ใช้เครื่องปรับอากาศ (37.50%) ทำความสะอาดบ้านมากกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (53.41%) และใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำ ความสะอาด (45.68%)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (99.09%) เคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวนตั้งแต่ 2- 5 เข็ม ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.2 เข็ม ($SD \pm 0.74$) ซึ่งกลุ่มที่มีการฉีดมากที่สุดคือ จำนวน 2-3 เข็ม (67.66%) เมื่อพิจารณาประวัติการติดเชื้อโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยติดเชื้อก่อนข้างมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยติดเชื้อ (47.73%) สมาชิกในครัวเรือนเคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (67.50%) โดยมีจำนวนการติดเชื้อภายในครัวเรือนตั้งแต่ 1-7 คน การติดเชื้อครัวเรือนละ 2-3 คน (79.12%) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.30 คน ($SD \pm 1.39$) อัตราการเป็นโรคโควิด-19 ในผู้ที่ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม เท่ากับ

105/229 (45.9%), 4 เข็ม เท่ากับ 71/125 (56.8%) และ 5 เข็ม เท่ากับ 14/16 (87.5%) ตามลำดับ

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ระดับดี (79.09%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (15.45%) และระดับไม่ดี (5.45%) ตามลำดับ

2.การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับทราบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรคโควิด-19 ทำให้มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก โรคโควิด-19 ติดต่อจากคนสู่คน โดยได้รับเชื้อละอองฝอยจากการไอหรือจาม การสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำลาย น้ำมูก เสมหะ, เมื่อป่วยเป็นโควิด-19

แล้วต้องแยกตัวอย่างน้อย 7-10 วัน (99.09%, 97.73%, 97.73% ตามลำดับ) นอกจากนี้ข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างรับทราบน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ ในเด็กที่ไม่ฉีดวัคซีนเมื่อติดโควิดมีโอกาสป่วยหนักเนื่องจากเกิดกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบของอวัยวะภายในในเด็ก (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children: MIS-C), จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด- 19, โรคโควิด-19 ถูกยกเลิกเป็นโรคติดต่ออันตรายตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (71.82%, 71.36% และ 70.45% ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม (n= 440)

ระดับการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19		n (%)
ระดับดี	(ร้อยละ 80 ขึ้นไป; 16-20 คะแนน)	348(79.10)
ระดับปานกลาง	(ร้อยละ 60-79; 12-15 คะแนน)	68(15.45)
ระดับไม่ดี	(น้อยกว่าร้อยละ 60; 0-11 คะแนน)	24(5.45)
(Mean = 17.5, SD $\pm$ 2.91, Max = 20.00, Min = 7.00)		

3. สื่อสำหรับรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมามีทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมมือกันในการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร รวมไปถึงคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวช่วงที่เกิดการระบาดผ่านทางสื่อประเภทต่างๆ มากมาย และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทบุคคลในระดับดี (Mean=2.20, SD $\pm$ 0.60) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทสื่อสารมวลชนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=1.6, SD $\pm$ 0.71) โดยแหล่งข่าวประเภทบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว (99.55%) ในขณะที่สื่อออนไลน์ประเภทแอปพลิเคชันยูทูบ (75.68%),

แอปพลิเคชันทวิตเตอร์ (56.14%) และแอปพลิเคชันอินสตาแกรม (55.45%) เป็นสื่อที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุด

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับดี (56.36%) ทั้งนี้มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คือ รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ (57.27%) แต่พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเป็นพฤติกรรมที่ (25.68%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม (n = 440)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19		n (%)
ระดับดี	(คะแนนเฉลี่ย 2.1-3.0)	248(56.36)
ระดับปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 1.1-2.0)	185(42.05)
ระดับไม่ดี	(คะแนนเฉลี่ย 0.0-1.0)	7(1.59)
(Mean = 2.5, SD $\pm$ 0.53, Max = 3.00, Min = 1.00)		

จากการหาความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) พบว่าจำนวนเข็มของการฉีดวัคซีน (r=0.20) คะแนนการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (r=0.29) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทบุคคล (r=0.49) และการรับข้อมูล

ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทสื่อสารมวลชน (r=0.61) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในลักษณะเชิงบวก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม (n= 440)

ปัจจัยที่ศึกษา	n	r(95% CI)	p
อายุ	440	-0.09 (-0.18 - 0.003)	.06
จำนวนเข็มของการฉีดวัคซีน	440	0.20(0.11 - 0.29)	<.001
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19	440	0.09(-0.002 - 0.18)	.06
คะแนนการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19	440	0.29(0.207 - 0.38)	<.001
การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19			
ผ่านสื่อประเภทบุคคล	440	0.49(0.42 - 0.56)	<.001
การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19			
ผ่านสื่อประเภทสื่อสารมวลชน	440	0.61(0.55 - 0.67)	<.001

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรพบว่า ปัจจัยเพศ (beta=0.09, p=.01) การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำความสะอาดบ้าน (beta=0.09, p=.01) การแยกห้องนอนเป็นสัดส่วนภายในบ้าน (beta=0.10, p=.01) ระดับการศึกษา (beta=0.14, p<.001) การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทบุคคล (beta=0.22, p<.001) และการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ

โรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทสื่อสารมวลชน (beta=0.41, p<.001) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ 44.00% (Adjusted R²=0.44) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม (n = 440)

ปัจจัยที่ศึกษา	b	SE (b)	Beta	t	p
เพศ	1.66	0.65	0.09	2.55	.01
การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำมาสะอาดบ้าน	1.59	0.63	0.09	2.53	.01
การแยกห้องนอนเป็นสัดส่วนภายในบ้าน	2.47	0.88	0.10	2.81	.01
ระดับการศึกษา	2.51	0.70	0.14	3.58	<.001
การรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อประเภทบุคคล	0.79	0.17	0.22	4.80	<.001
การรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อประเภทสื่อสารมวลชน	0.56	0.07	0.41	8.36	<.001
ค่าคงที่ = 13.63		1.78	-	7.67	<.001

Adjusted R² = 0.44, F_(7, 432) = 49.47, p<.001

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาครั้งแรกเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสาร (News perception) ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนชนบทของประเทศไทย ภายหลังจากเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในเชิงบวก ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทบุคคล และการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทสื่อสารมวลชน การแยกห้องนอนเป็นสัดส่วนภายในบ้าน การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำมาสะอาดบ้าน เพศและระดับการศึกษา โดยข้อค้นพบเหล่านี้ยืนยันถึงพลังของการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ซึ่งสามารถนำไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติและโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพที่จะต่อสู้กับโรคโควิด-19

การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทบุคคล และการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อประเภทสื่อสารมวลชนล้วนมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในประชาชนจังหวัดนครพนมทั้งสิ้น ในช่วงที่การระบาดแบบทั่วถึงในจังหวัดนครพนม รัชนิ เต็มอุดม และคณะ⁹ พบว่าการรับรู้ข่าวสาร

เกี่ยวกับโรคจากแหล่งข่าวประเภทบุคคลและการรับรู้ข่าวสารด้านการติดเชื้อภายในจังหวัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในประชาชนผู้ใหญ่ของจังหวัดนครพนม และเช่นเดียวกับการศึกษาในห้วงเวลาใกล้เคียงกัน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่พบว่า การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อต่างๆ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁸ สำหรับในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นพบว่า การรับรู้ข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชากรผู้ใหญ่ที่อาศัยในเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร อาจเนื่องมาจากการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชนที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹⁹ สำหรับการศึกษาในเขตพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (B=.083)²⁰ เนื่องมาจากในสังคมปัจจุบันการติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องที่สะดวกและรวดเร็ว การกระจายข่าวสารหรือสื่อความรู้ต่างๆ สามารถทำได้ง่ายและทั่วถึง ในต่างประเทศนั้น พบว่าประชากรผู้ใหญ่ในประเทศญี่ปุ่นที่มีความไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการนำมาตรการป้องกันโรค

โควิด-19 มาใช้²¹ เมื่อมีการสื่อสารผ่านบุคคลที่น่าเชื่อถือและผ่านสื่อที่เข้าถึงได้อย่างสะดวกรวดเร็วทั้งโทรทัศน์และโซเชียลมีเดียจึงอาจส่งผลให้เกิดองค์ความรู้และทัศนคติที่ดีที่มีผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในที่สุด⁸

ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมนั้นพบว่าการแยกห้องนอนเป็นสัดส่วนภายในบ้านและการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในการทำความสะอาดบ้านมีผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นใหม่ องค์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับเชื้อโรค ลักษณะการดำเนินโรค ตลอดจนการป้องกันและการรักษาก็เป็นสิ่งที่ต้องคิดค้นและยืนยันกันขึ้นใหม่สำหรับแนวปฏิบัติในการแยกกักตัวผู้ป่วยโควิด-19 ของประเทศไทย ในช่วงแรกและช่วงกลางของการระบาดด้วยสายพันธุ์เดลตานั้น การแยกกักตัวเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19^{11, 22} ซึ่งส่งผลให้เกิดการติดราผู้ป่วยจากสังคมและชุมชนรอบข้าง⁸ แต่หลังจากมีการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนซึ่งส่งผลให้มีการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างกว้างขวางทำให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการแยกกักตัวให้สามารถใช้ห้องแยกโรคร่วมกันได้ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Hyun และคณะ²³ ถึงความเป็นไปได้ในการใช้ห้องพักร่วมกันของผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยและไม่มีอาการเทียบกับการกักแยกโรคในห้องเดี่ยวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Daegu Dongsan ของมหาวิทยาลัย Keimyung ประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งพบว่าการใช้ห้องพักร่วมกับผู้มีอาการแสดงเล็กน้อยสามารถกระทำได้ในการแยกกักผู้ป่วยได้ในกรณีที่มีการระบาดและพื้นที่มีอย่างจำกัด การรักษาความสะอาดส่วนบุคคลรวมถึงการทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส และการทำความสะอาดบ้านด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อแนวปฏิบัติในการจำกัดและควบคุมโรคโควิด-19^{11, 22, 24} หลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 ผ่านไป 3 ปี ส่งผลให้มาตรการดังกล่าวกลายมาเป็นกิจวัตรประจำวันของประชาชนในจังหวัดนครพนม ชาวไทยและคนทั่วโลกที่ต้องถือปฏิบัติเพื่อป้องกันตัวเองและคนในครอบครัวในการลดการแพร่กระจายของโรคโควิด-19

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลนั้นพบว่าเพศและระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นพบว่าประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดี และพบว่าเพศและอายุเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19²⁵ ในประชากรผู้ใหญ่ของประเทศอินโดนีเซียพบว่าผู้หญิงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้น้อย²⁶ และจากรายงานการศึกษาของ Olum และคณะ²⁷ ที่พบว่าการศึกษาในระดับอนุปริญา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดนครพนม ภายหลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีและใกล้เคียงกับระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างจากช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างกว้างขวางในพื้นที่จังหวัดนครพนม ที่พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนผู้ใหญ่ในจังหวัดนครพนมอยู่ในระดับดี (88.1%)⁹ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าประชาชนอาจมองว่าโรคโควิด-19 ไม่น่ากลัว เพราะมีความรุนแรงของการระบาดของโรคและความรุนแรงในการก่อโรคที่ลดลง²⁸⁻²⁹ ประกอบกับภาครัฐประกาศชัดเจนว่าโรคโควิด-19 ไม่ใช่โรคติดต่อร้ายแรงและในที่สุดจะกลายเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease)⁵ หรืออาจเกิดจากการที่ประชาชนเกือบทั้งหมดในการศึกษารั้งนี้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (99.09%) จึงส่งผลให้ประชาชนไม่มีความกังวลว่าจะติดเชื้อหรือป่วยเป็นโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบในการศึกษารั้งนี้ที่พบว่าอัตราการป่วยเป็นโรคโควิด-19 ในผู้ที่ได้รับวัคซีนครบโดสเพิ่มขึ้นจาก 45.9% เป็น 87.5% ในประชาชนที่รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ครบ 3 เข็ม (105/229, 45.9%), 4 เข็ม (71/125, 56.8%) และ 5 เข็ม (14/16, 87.5%) ตามลำดับในการศึกษารั้งนี้ข้อจำกัดบางประการ คือ ความจำเพาะของลักษณะกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดนครพนม อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชาชนที่อาศัยในชนบทของประเทศไทยได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ค้นพบ

ก็สามารถใช้ยืนยันถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ข่าวสารกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ได้

ข้อเสนอแนะ

1. การรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อและบุคคลที่น่าเชื่อถือมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดนครพนม โดยเฉพาะการทำความเข้าใจสถานการณ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และการแยกห้องนอน เมื่อมีการเจ็บป่วยถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่น ดังนั้น ผลการศึกษานี้มีความสำคัญในการพัฒนาแนวทางในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยใช้สื่อโซเชียลและผ่านบุคคลที่น่าเชื่อถือทั้งผู้นำและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการต่อสู้กับโรคโควิด-19 ได้เป็นอย่างดี

2. สามารถนำปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตระหนักต่อการรักษาความสะอาดบ้านเรือนและการกักแยกโรคเพื่อป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวจากการป่วยเป็นโรคโควิด-19 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครพนมทุกหน่วยงาน ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. JHU CSSE. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) [Internet]. Maryland: Johns Hopkins University; 2022 [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

2. World Health Organization. Tracking SARS-CoV-2 variants [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/tracking-SARS-CoV-2-variants>.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานความก้าวหน้าการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ประจำวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/pages/รายงานความก้าวหน้าการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 สู่วิธีการประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139, ตอนพิเศษ 223 ง (ลงวันที่ วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2565).
6. สิทธิพร เขาอุ่น, รวงทอง ภาพันธ์, นันทิกา บุญอาจ. พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อสังคมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยวิชาการ. 2565;5(4):147-58.
7. ปทุมมา ลัมศรีงาม, ศรัณย์ธร ศศิธนากรแก้ว, วราพรธม อภิสุระโชค. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผ่านสื่อสังคมออนไลน์กับทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคในกรุงเทพมหานคร. วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. 2564;8(9):18-33.
8. Poonaklom P, Rungram V, Abthaisong P, Piralam B. Factors associated with preventive behaviors towards coronavirus disease (COVID-19) among adults in Kalasin Province, Thailand.

- OSIR. 2020;13(3):78-89.
9. รัชนิ เต็มอุดม, ศิริลักษณ์ ใจช่วง, กนกพร ไทรสุวรรณ, พเยาวดี แอบไธสง, บารเมษฐ์ ภีราล้า. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยความร่วมมือของชุมชนในจังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564;28(1):1-13.
10. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row Ltd.; 1973.
11. Namwat C, Suphanchaimat R, Nittayasoot N, lamsirithaworn S. Thailand's response against Coronavirus disease 2019: challenges and lessons learned. OSIR. 2020.;13(1):33-7.
12. McLeod DM, Wise D, Perryman M. Thinking about the media: A review of theory and research on media perceptions, media effects perceptions, and their consequences. Review of Communication Research. 2017;5:35-83.
13. Karasneh R, Al-Azzam S, Muflih S, Soudah O, Hawamdeh S, Khader Y. Media's effect on shaping knowledge, awareness risk perceptions and communication practices of pandemic COVID-19 among pharmacists. Res Social Adm Pharm. 2021;17(1):1897-902.
14. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
15. Safari Z, Fouladi-Fard R, Vahidmoghadam R, Hosseini MR, Mohammadbeigi A, Omidi Oskouei VA, Rezaali M, Ferrante M, Fiore M. Awareness and Performance towards Proper Use of Disinfectants to Prevent COVID-19: The Case of Iran. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(4):2099.
16. Likert R. The method of constructing and attitude Scale, Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley & Sons; 1967.
17. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10th ed. Cape Town: Pearson Education; 2006.
18. StataCorp. Stata statistical software: release 13. College Station, TX: StataCorp LP; 2013.
19. ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจริญตน, ยุวช สัตยสมบูรณ์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: ภูมิศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(ฉบับเพิ่มเติม 2):S247-59.
20. อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(2):19-30.
21. Uchibori M, Ghaznavi C, Murakami M, Eguchi A, Kunishima H, Kaneko S, et al. Preventive Behaviors and Information Sources during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Japan. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(21):14511.
22. สถาบันบำราศนราดูร. ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ กรณีโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Novel Corona virus: nCoV) (ฉบับวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563). นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2563.
23. Hyun M, Lee JY, Kwon YS, Kim JY, Park JS, Park S, et al. COVID-19: Comparing the applicability of shared room and single room occupancy. Transbound Emerg Dis. 2021;68(4):2059-65.
24. Dhama K, Patel SK, Kumar R, Masand R, Rana J, Yatoo MI, et al. The role of disinfectants and sanitizers during COVID-19 pandemic: advantages and deleterious effects on humans

- and the environment. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2021;28(26):34211-28.
25. Nanthamongkolchai S, Taechaboonsersak P, Tawattin K, Suksatan W. Health-Risk Behaviors, COVID-19 Preventive Behaviors, and the Impact of the COVID-19 Pandemic on the Working-Age Population of Bangkok, Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13394.
26. Arovah NI, Kurniawaty J, Haroen H. Factors Associated With Physical Activity and COVID-19 Preventive Behaviors: A Cross-Sectional Study in Indonesian Adults. *JPSS*. 2023;31:318-36.
27. Olum R, Chekwech G, Wekha G, Nassozi DR, Bongomin F. Coronavirus Disease-2019: Knowledge, Attitude, and Practices of Health Care Workers at Makerere University Teaching Hospitals, Uganda. *Front Public Health*. 2020;8:181.
28. Ghazy RM, Ashmawy R, Hamdy NA, Elhadi YAM, Reyad OA, Elmalawany D, et al. Efficacy and Effectiveness of SARS-CoV-2 Vaccines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(3):350.
29. Tran VT, Perrodeau E, Saldanha J, Pane I, Ravaud P. Efficacy of first dose of covid-19 vaccine versus no vaccination on symptoms of patients with long covid: target trial emulation based on ComPaRe e-cohort. *BMJ Med*. 2023;2(1):e000229.

**ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
จังหวัดนครพนม**

**The Factors Affecting on Competency Standard Village Health Volunteers (VHV)
Nakhon Phanom Province**

ชุลีกร คงบุญ*

Chuleegorn Kongbun

Corresponding author: E-mail: kongbun.5806@gmail.com

(Received: February 26, 2023 ; Revised: March 8, 2023 ; Accepted: April 6, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษามาตรฐานสมรรถนะ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม จำนวน 388 คน จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Proportional Stratified Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Multiple regression analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีมาตรฐานสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=3.59, SE.=0.21) และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ได้แก่ ความสำเร็จในงาน ขวัญและกำลังใจ และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ($p<.001$, $p<.001$ และ $p<.001$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำปัจจัยด้านความสำเร็จในงาน ขวัญและกำลังใจ และลักษณะงานที่ปฏิบัติไปวางแผนเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีผลกระทบ; มาตรฐานสมรรถนะ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ABSTRACT

Purposes : To study Competency standards and factors affecting the competency standards of village health volunteers (VHV), Nakhon Phanom Province.

Study design : Survey Research.

Materials and Methods : A total 338 of village health volunteers (VHV) were randomised by a proportional stratified random sampling. Data were collected by questionnaire and analyzed the data using frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple regression analysis, a statistical significance was set at 95% Confidence Interval.

Main findings : The Village health volunteers (VHV) had the competency standards, overall, it was at a good level (Mean= 3.59, SE.= 0.21) and factors that significantly affected competency standards of village health volunteers ($p<.05$) were job success; morale, and nature of work performed ($p<.001$, $p<.001$ and $p<.001$, respectively)

Conclusion and recommendations : The results of this research indicated that relevant departments should bring success factors into work, morale and the nature of work performed to plan for development of village health volunteers (VHVs).

Keywords : Factors Affecting; Competency Standard; Village Health Volunteers.

* Public Health Officer Professional level, Nakhon Phanom Provincial Health Office.

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่มีจิตอาสาสมัครใจเข้ามาทำงานสุขภาพเพื่อสังคม โดยได้รับการพัฒนาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในส่วนของการเข้ารับการอบรมและการสร้างประสบการณ์จากการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ทั้งยังได้รับการคาดหวังในบทบาทที่สำคัญคือการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งการสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข แนะนำและเผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เป็นผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละจนได้รับการยอมรับจากสังคม และยกฐานะเป็น อสม. หมอประจำบ้าน มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ทั้งโรคเรื้อรังและโรคอุบัติการณ์ใหม่ สนับสนุนในงานสาธารณสุขมูลฐานและการใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมทั้งใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์โทรเวชกรรม (Telemedicine) และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ จนปัจจุบัน อสม. ได้กลายเป็นทุนทางสังคม (Social capital) ที่สำคัญ ของระบบสุขภาพ²

เช่นเดียวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม ใน 12 อำเภอ มีจำนวนทั้งหมด 13,367 คน จำนวนครัวเรือนรับผิดชอบต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน คิดเป็นสัดส่วน 1:15.73 ลักษณะงานที่เป็นอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองอยู่ตลอดเวลา และอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครพนม มีพื้นฐานทางการศึกษาและเศรษฐกิจไม่สูงนัก และการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในภาพรวมยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมและไม่มีความพร้อม ทำให้การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขมูลฐานอาจไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น

แตกต่างจากงานอื่นๆ เนื่องจากเป็นงานในลักษณะอาสาสมัครซึ่งได้รับค่าตอบแทนต่อเดือนจำนวนไม่มาก อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนต้องทำงานอื่นเป็นอาชีพหลัก ด้วย จากการศึกษาของวชิรศักดิ์ เจริญศรี³ พบว่า อาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และปัจจัยจากชุมชน ซึ่งได้แก่ระยะทางระหว่างหมู่บ้านกับสถานบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมขององค์กรในหมู่บ้านพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงมีคำถามว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและประชาชนในชุมชนได้ประโยชน์จากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่าอยู่ในระดับใดและหาปัจจัยในการเพิ่มประสิทธิภาพให้กับองค์กรนั้นมาน้อยเพียงใดและนำข้อมูลที่ได้ศึกษานั้นมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างสูงสุดต่อองค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามาตรฐานสมรรถนะ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ซึ่งได้กำหนดระเบียบวิธีการศึกษาไว้ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 12 แห่ง รวม 13,367 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คำนวณขนาดตัวอย่างที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 โดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 388 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Proportional Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาค้นคว้านี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยจะทำการแจกแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสังกัด จังหวัดนครพนม ตอบแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดในการสร้างเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้จากทฤษฎีแนวความคิด เอกสารอ้างอิง ตำรา วิทยานิพนธ์ งานวิจัย ตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของจิตอาสาหรืออาสาสมัคร องค์กรต่างๆ

2. ทบทวนระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์และสถิติสำหรับการวิจัย เพื่อจะได้เข้าใจถึงการสร้างแบบสอบถามได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

3. นำแนวความคิดต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องตามข้อ 1 มาสร้างแบบสอบถามตามความมุ่งหมายของการวิจัยโดยเลือกใช้ทั้งแบบสอบถามปลายปิด ซึ่งได้กำหนดคำตอบไว้หลายคำตอบ เพื่อให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความต้องการและแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งเปิดโอกาสให้กับผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามแบบเลือกตอบตามรายการ (Checklist) เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แบบสอบถาม

เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนมทั้ง 8 ตัวแปรๆ ละ 5 ข้อและมีข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพการทำงาน ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความสำเร็จในงาน การยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในงาน และขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานซึ่งแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดอันตรภาค (Interval scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม เป็นคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนมและมีข้อคำถาม 15 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดอันตรภาค (Interval scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ ผู้บริหารของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ อสม.และงานสุขภาพภาคประชาชน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และพิจารณาสำนวนภาษาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผลตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of item Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าสูงสุด+1 ข้อใดมีค่าเข้าใกล้ -1 แสดงว่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์นั้นน้อยและมีค่าติดลบแสดงว่าเป็นข้อที่ใช้ไม่ได้ ทั้งนี้ทุกข้อที่มีค่า IOC > 0.5⁴ จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ซึ่งมากกว่า 0.5 จึงไม่มีการตัดข้อคำถามออก

2. การทดสอบและการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย การหาความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของเครื่องมือ เมื่อสร้าง

แบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือในการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Pre-test) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัยจำนวน 30 ชุด เพื่อหาข้อบกพร่องจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach Alpha) พบว่า ได้ค่า $\alpha = .971$ ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70 แสดงว่าแบบสอบถามนั้นมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือต่อไป⁵

3. จัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ส่องหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมไปถึงโรงพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และสำนักงานเทศบาลเมืองนครพนม เพื่อขอความร่วมมือในการทำการการศึกษา และอนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ทำการการศึกษาในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประธานอสม.ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ทั้ง 12 อำเภอ เพื่อช่วยเตรียมการเข้าเก็บข้อมูลจำนวน 30 คน

3. ประสานงานกับโรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอ และสำนักงานเทศบาลเมืองนครพนม นัดหมายวันเวลาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการด้วยตนเอง พร้อมผู้ช่วยนักวิจัย

4. ส่งแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดนครพนม ในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงการตอบแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการนำผลการวิจัยไปใช้ไว้ที่แบบสอบถามทุกฉบับ

5. รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วนำไปดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยต่อไป ภายในระยะเวลา 30 วัน โดยได้

ส่งแบบสอบถาม จำนวน 388 ชุด และกำหนดรับแบบสอบถามคืนในวันที่ 30 ธันวาคม 2565 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 388 ชุด ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการแจกแบบสอบถามจำนวน 388 คน มาลงรหัสและประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA เพื่อวิเคราะห์ค่าทางสถิติตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการแจกแจงหรืออธิบายปัจจัยลักษณะทางประชากรคือ ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โดยสถิติที่ใช้ก็คือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Multiple Regression Analysis (MRA) และใช้ Stepwise method และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบของตารางและการบรรยาย กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเพราะจะทำให้เกิด Multicollinearity คือ การที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันมาก ซึ่งจะมีผลกระทบทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจโดยใช้ Collinearity Statistics Tolerance > 0.20 ; Variance Inflation Factor (VIF) > 10 พบว่า ตัวแปรทุกตัวเป็นไปตาม Basic assumption

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ/รหัส 64/65 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบ

แบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยจะไม่มีกระบวนการของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 388 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (63.7%) อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD=10.02) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (48.7%) สถานภาพการสมรสคู่ (57.0%) อาชีพหลักเป็นเกษตรกร (40.5%) รายได้รวม 23,310.97 บาทต่อเดือน (SD=13,354.79) และระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 9 ปี (SD=3.57) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม (n=388)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	141(36.3)
	หญิง	247(63.7)
อายุ(ปี)	Mean(SD)	47.62(10.02)
	Min(Max)	24.0(64.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	118(30.4)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	189(48.7)
	ปวส./อนุปริญญา	81(20.9)
สถานภาพการสมรส	โสด	95(24.5)
	คู่	221(57.0)
	หม้าย / หย่า	72(18.6)
อาชีพหลัก	เกษตรกร	157(40.5)
	รับจ้าง	144(37.1)
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	87(22.4)
รายได้รวม (ต่อเดือน)	Mean(SD)	23,310.97(13,354.79)
	Min(Max)	2,500.0(45,600.0)
ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม.	Mean(SD)	9.31(3.57)
	Min(max)	1.0(17.0)

2. ผลการวิเคราะห์มาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีมาตรฐานสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.59, SE.= 0.21)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การมีผลงานและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาตรฐานอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.00, SE= 0.51) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ การดำเนินงานตามนโยบาย

หรือมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพของชุมชน ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด(Mean = 3.68, SE.= 0.05) ดังแสดงใน
(Mean=3.88, SE.= 0.06) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการสร้าง ตารางที่ 2
จิตสำนึกในเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชนมี

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม
(n=388)

มาตรฐานสมรรถนะ	Mean(SE.)	ระดับ
1.การดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น หมอครอบครัว		
3อ.2 ส. เป็นต้น	3.87(0.05)	ระดับดี
2.การดำเนินงานตามนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)		
เช่น อบจ.อบต. เทศบาล	3.87(0.06)	ระดับดี
3.การดำเนินงานตามนโยบายหรือมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพของชุมชน	3.88(0.06)	ระดับดี
4.การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชน	3.77(0.59)	ระดับดี
5.การสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน	3.73(0.58)	ระดับดี
6.การบริหารจัดการเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน	3.76(0.06)	ระดับดี
7.การรณรงค์ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนและสังคมให้		
ตื่นตัวและรับผิดชอบตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมของชุมชน	3.71(0.06)	ระดับดี
8.การเตรียมกฎชุมชนที่ใช้ดูแลสุขภาพคนในชุมชน	3.70(0.06)	ระดับดี
9.การริเริ่มกฎชุมชนที่ใช้ดูแลสุขภาพคนในชุมชน	3.69(0.02)	ระดับดี
10.การสร้างจิตสำนึกในเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน	3.68(0.05)	ระดับดี
11.การปลูกฝังจิตสาธารณะการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน	3.76(0.45)	ระดับดี
12.การสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและแกนนำอื่นๆ เข้ามาร่วม		
ดูแลสุขภาพคนในชุมชน	3.76(0.94)	ระดับดี
13.การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ		
ทำงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ	3.86(0.66)	ระดับดี
14.การให้ความรู้และให้บริการประชาชนในชุมชนได้ตรงความต้องการ	3.95(0.54)	ระดับดี
15.การมีผลงานและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ		
หมู่บ้านมาตรฐานอยู่ในระดับสูง	4.00(0.51)	ระดับดี
เฉลี่ยโดยรวม	3.59(0.21)	ระดับดี

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคงที่มีค่าแตกต่างจากศูนย์ ($\beta \neq 0$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผิดพลาดไม่เกิน 5% หรือจากข้อมูลที่ศึกษามีเหตุผลเพียงพอที่จะบอกได้ว่าค่าคงที่ (Constant) ไม่เท่ากับศูนย์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้เท่ากับ 0.980 และมีช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% อยู่ระหว่าง 0.532 ถึง 1.427 อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ได้แก่ ความสำเร็จในงาน ขวัญและกำลังใจ และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) แต่ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพการทำงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านการยอมรับนับถือ และด้านความก้าวหน้าในการทำงานไม่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะ

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดนครพนม พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Y) ได้แก่ ด้านความสำเร็จในงาน (X1) ด้านขวัญและกำลังใจ (X2) และด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (X3) เพิ่มขึ้นตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่าความเปลี่ยนแปลงของมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนมได้เท่ากับ 36.40% ส่วนที่เหลือเกิดจากปัจจัยอื่นๆ โดยมีสมการทำนายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 95% confidence Interval (CI) เป็นดังนี้

สมการตัวแบบ คือ $Y = 0.98 + 0.433X1 + 0.219X2 + 0.139X3$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis

มาตรฐานสมรรถนะ อสม.	coef.	Std. err.	p	95%CI
ด้านความสำเร็จในงาน (X1)	0.433	0.074	<.001	0.287, 0.579
ด้านขวัญและกำลังใจ (X2)	0.219	0.048	<.001	0.124, 0.313
ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (X3)	0.139	0.074	<.001	0.053, 0.226

number of obs= 388, F(4, 383), R-squared= 0.370,
adjR-squared= 0.364 _cons = .980

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีมาตรฐานสมรรถนะ โดยรวมอยู่ในระดับดี พบผลเช่นเดียวกับปัจจัยสมรรถนะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 ของกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ซึ่งพบว่า ระดับปัจจัยสมรรถนะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ ปัจจัยสมรรถนะส่วนบุคคล

แต่ละด้านทั้ง 4 ปัจจัย อยู่ในระดับมาก โดยเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านเจตคติ ปัจจัยด้านความรู้และปัจจัยด้านค่านิยม⁶ ในทำนองเดียวกับการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลพนม และปฏิบัติงานภายใต้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพนม อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งหมดจำนวน 85 คน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562-พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่าสมรรถนะของ อสม. ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

ในภาพรวมอยู่ในระดับมากและสมรรถนะรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้านเช่นกัน ส่วนสมรรถนะด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรู้ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านแรงจูงใจ สมรรถนะ อสม.ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ต้องพัฒนา คือ (1) ด้านคุณลักษณะเฉพาะ จำนวน 5 ข้อ (2) ด้านความรู้ จำนวน 4 ข้อ (3) ด้านทักษะ จำนวน 5 ข้อ (4) ด้านอัตมโนทัศน์ จำนวน 5 ข้อ และ (5) ด้านแรงจูงใจ จำนวน 5 ข้อ⁷ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรม ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน มากที่สุดในด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ร้อยละ 92.58)⁸

2. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม ได้แก่ ความสำเร็จในงาน ขวัญและกำลังใจ และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกฤษฎา พิมพะไชย และ ไชยา ยิ้มวิไล⁹ ที่ศึกษาที่อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่า ผลการศึกษาปัจจัยสมรรถนะส่วนบุคคล (ด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านค่านิยม ด้านแรงจูงใจ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ (ด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล ด้านปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ด้านปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น ด้านปัจจัยรางวัลตอบแทน) มีความสัมพันธ์กันสูงที่ 0.784 และมีความสัมพันธ์ทางบวก

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากสมรรถนะเป็นลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดจากคุณลักษณะความรู้ ทักษะ อัตมโนทัศน์ แรงจูงใจ อันเป็นความสามารถที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความโดดเด่นกว่าบุคคลอื่น ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้สมรรถนะด้านความสำเร็จในงาน ขวัญและกำลังใจ และลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นตัวแปรที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงของมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมได้ถึงร้อยละ 36.40 นั้น แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมมีการมุ่งความสำเร็จในงาน โดยการตั้งเป้าหมายเพื่อความสำเร็จไว้ก่อนการดำเนินงาน อันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะ

เพื่อความสำเร็จขึ้นอยู่กับการตั้งเป้าหมายของงาน เพื่อตอบสนองการใช้บริการของกลุ่มเป้าหมายแต่ละองค์กร เพื่อให้มีความสำเร็จยิ่งขึ้น ต้องมีการตั้งเป้าหมายเพื่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร แต่ละสายงาน ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาความรู้ ทักษะการทำงาน มีการกระตุ้นให้บุคลากรเพิ่มขีดความสามารถของ ตนเองอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนด้านการเรียนรู้มาใช้ในการพัฒนาตนเองและทีมงาน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายองค์การร่วมกัน ดังนั้นแนวทาง ในการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จะต้องให้ความสำคัญต่อสมรรถนะด้านมุ่งผลสัมฤทธิ์ เพราะเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานให้ดีของบุคลากรให้บรรลุเป้าหมายของการก่อตั้งองค์การ ดังนั้น การมุ่งความสำเร็จในงานจึงเป็นเป้าหมายสำคัญ

ส่วนด้านขวัญและกำลังใจนั้น ผู้วิจัยอธิบายได้ว่าแรงจูงใจ (Motive) เป็นสิ่งที่บุคคลคิด คำนึงถึง หรือต้องการซึ่งเป็นแรงขับให้แสดงพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) แรงจูงใจภายใน เช่น ความรู้สึกรักงานบริการ รู้สึกว่าทำแล้วมีความสุข รู้สึกว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์ต่อส่วนรวม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และได้รับการยอมรับนับถือ 2) แรงจูงใจภายนอก เช่น ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สวัสดิการและค่าตอบแทน บรรยากาศในการปฏิบัติงาน การได้รับความไว้วางใจ ล้วนเป็นแรงจูงใจเป็นแรงส่งเสริมให้เลือกทำหรือแสดงพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการและเป็นสาเหตุที่ทำให้แต่ละบุคคลแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันจากการศึกษาปัจจัยในการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของ อสม. จังหวัดสระแก้ว ของนวิสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์⁹ กล่าวว่าแรงจูงใจแบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย 1) แรงจูงใจจากปัจจัยภายในตน เป็นพลังใจส่วนตนของ อสม. ที่ต้องการจะแสดงพฤติกรรมการทำงานให้เป็นเลิศโดยไม่มีใครบังคับ เป็นการคิดเชิงบวกเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายโดยไม่ย่อท้อ ต้องการเป็นแบบอย่างที่ดีและต้องการทำงานให้ดีขึ้นกว่าเดิมเสมอ คุณลักษณะของบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ภายในตน ได้แก่ (1) มุ่งมั่นตั้งใจทำงานโดยไม่ย่อท้อ เป็นแรงผลักดันภายในจิตใจของ อสม. ที่จะมุ่งมั่นทำงานให้สำเร็จแม้มีอุปสรรคจะคิดเชิงบวก เพื่อให้

บรรลุเป้าหมาย (2) มุ่งเป้าหมายของงานเป็นสำคัญ เป็นการเห็นความสำคัญกับงานหรือประโยชน์ของสังคมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว (3) ตั้งใจจะแสดงพฤติกรรมเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นความต้องการที่จะแสดงความเป็นเลิศในการทำงานเพื่อให้คนอื่นได้เรียนรู้ เป็นการพัฒนาผู้อื่นในภาพรวม (4) มุ่งมั่นทำงานให้ดีกว่าเดิมเสมอ เป็นการรู้จักคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยมีความสามารถคิดสร้างสรรค์หาวัตกรรมในการทำงานเพื่อให้ผลงานดีขึ้นเสมอ 2) แรงจูงใจจากปัจจัยภายนอกตน เป็นพลังใจ ภายนอกของ อสม. ที่ได้รับการแสดงความชื่นชม ยกย่อง สนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และกลุ่มบุคคลอื่น จนเกิดพลังในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ได้แก่ (1) ระดับครอบครัว เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการสนับสนุน จากบุคคลในครอบครัว ให้การสนับสนุนการทำงาน อสม.จนประสบความสำเร็จ (2) ระดับชุมชน เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการสนับสนุนจากประชาชนในชุมชนให้การสนับสนุนและร่วมมือการทำงาน ของ อสม. จนประสบความสำเร็จ (3) ระดับหน่วยงาน ผู้นำ และเครือข่ายชุมชน เป็นแรงจูงใจ ที่เกิดจากการสนับสนุนจากหน่วยงาน ผู้นำชุมชนและเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ชุมชนให้การสนับสนุนและร่วมมือการทำงาน อสม. จนประสบความสำเร็จ

ลักษณะงานที่ปฏิบัตินั้นกล่าวได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพภาคประชาชน เป็นคนในพื้นที่ของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูงมีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และเป็นส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงสมควรได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืน ทั้งนี้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมความรู้อย่างดีก่อนที่จะออกไปปฏิบัติหน้าที่จริงๆ ซึ่งถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขขาดทักษะด้านการสาธารณสุข อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพในชุมชนได้ เพราะว่าการควบคุมมาตรฐานจะส่งผลให้

เกิดการยอมรับในการปฏิบัติการควบคุมการปฏิบัติงานจะต้องลงชื่อเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อใช้เป็นหลักฐาน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับตำบลเป็นผู้ตรวจสอบและรับรอง แต่จากการประเมินที่ผ่านมาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกไม่ได้เป็นตัวแทนของผู้นำทางสุขภาพในหมู่บ้านอย่างแท้จริง และไม่กระตือรือร้นในการทำงาน หรือทำงานตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้องขอเป็นหลัก นอกจากนี้ด้านการรายงานผลการดำเนินงานต้องเป็นระบบผ่านการรับรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรองผลการดำเนินงานในฐานะผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการและการพัฒนาศักยภาพ และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับตำบล รับรองผลการดำเนินงานในฐานะผู้กำกับการทำงาน ของ อสม. ในตำบลให้เป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยการสร้างจิตสำนึกในเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชนต่ำกว่าทุกข้อ ดังนั้น ควรมีการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการพัฒนาจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. ควรนำปัจจัยที่มีผลกระทบกับมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ความสำเร็จในงาน ขวัญและกำลังใจ และลักษณะงานที่ปฏิบัติไปใช้ในการวางแผนพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาหลักเกณฑ์ระเบียบของทางราชการที่เกี่ยวกับ อสม. ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่เป็นไปได้ และเหมาะสมกับสถานการณ์ในยุคปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา. คู่มือแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรม; 2565.
2. นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังษี, ดลนภา จิระออน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(3): 460-70.
3. วชิรศักดิ์ เจริญศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542.
4. เทียมจันทร์ พานิชพลินไชย. เอกสารคำสอนระเบียบวิธีวิจัย. พิษณุโลก: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2539.
5. กัลยา วาณิชย์บัญชา, จูฑา วาณิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: สามลดา; 2558.
6. กฤษกร พิมพะไชย, ไชยา ยิ้มวิไล. ปัจจัยสมรรถนะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554 -2563 ของกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2564;9(5):2171-83.
7. อรธิรา พลจร. สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2563.
8. สุพัตรา สหายรักษ์, ภัทราวดี เทพสง. การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2563;5(3):62-8.
9. นวสินันท์ วงศ์ประสิทธิ์. รูปแบบการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2558;35(2):45-67.

**ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองและกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา**

**Effects of Self-Regulation and Group Process Program on Eating Behaviors, Exercise
and Fasting Blood Sugar (FBS) of Diabetes Mellitus Risk Groups in Ban Lao Tama
Sub-District Health Promoting Hospital**

วิทศักดิ์ อินกอง* แววตา คำอูต**

Taweesak Inkong, Waewta Kumud

Corresponding author: Email: taweesakik@hotmail.com

(Received: April 1, 2023; Revised: April 8, 2023; Accepted: April 26, 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 136 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 68 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกระบวนการกลุ่มระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) 0.93 และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน % difference และสถิติที (Independent t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.08 คะแนน (95%CI; 0.98, 1.19); คะแนนเฉลี่ยการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.71 คะแนน (95%CI; 1.52, 1.91) และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจาก 21 คน เป็น 53 คน คิดเป็น 50.39% และระดับ Impaired Fasting Glucose (IFG) ลดลงจาก 47 คน เป็น 15 คน คิดเป็น 83.12%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การกำกับตนเอง; กระบวนการกลุ่ม; พฤติกรรมการรับประทานอาหาร; การออกกำลังกาย; ระดับน้ำตาลในเลือด

*,** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา

ABSTRACT

Purpose : To compare eating behavior, exercise and fasting blood sugar level of diabetes mellitus risk groups in Ban Lao Ta Ma Sub-district Health Promoting Hospital.

Study design : Qua-si experimental study.

Materials and Methods : All total 136 of subjects were at risk of diabetes who met the inclusion criteria. 68 of subjects were divided into experimental group and comparison group. The experimental group received self-directed and group program for 12 weeks. The comparison group received a normal care. Conducting experiments and collecting data until January to March 2023. Data were collected using a questionnaire with a content validity index (CVI) of 0.93 and a blood glucose monitor. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, % difference, and independent t-test, with statistical significance was determined at 95% confidence interval.

Main findings : After intervention, it was found that subjects in experimental group had a higher mean of eating behavior score than comparison group ($p<.001$), with an increase in mean of eating behavior score 1.08 greater than comparison group (95%CI; 0.98,1.19); The mean of exercise score were greater than comparison group ($p<.001$), with mean increase in exercise behavior score of 1.71 greater than comparison group (95%CI; 1.52, 1.91), and the normal blood sugar level increased from 21 to 53, representing 50.39%, and the level of impaired fasting glucose (IFG) decreased from 47 to 15, representing 83.12%.

Conclusion and Recommendations : The results of this study resulted in subjects at risk of diabetes mellitus to have more diabetes prevention behaviors.

Keywords : Self-Regulation; Group Process; Eating Behaviors; Exercise; Fasting Blood Sugar (FBS)

*,** Public Health Officer Professional level, Ban Lao Tama Sub-District Health Promoting Hospital.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ในปัจจุบันมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก สาเหตุสำคัญเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หากไม่สามารถควบคุมโรคได้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่และเกิดความล้มเหลวของอวัยวะหลายอย่าง เช่น ตา ไต ระบบประสาท หัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งมักพบหลังจากเป็นเบาหวานมาประมาณ 5-10 ปี อย่างไรก็ตาม ในรายที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อาจไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ แม้จะเป็นโรคเบาหวานมานานถึง 10-20 ปี เช่นเดียวกับรายงานของสำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹ พบว่า สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก ในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าจะในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที และจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ ในทำนองเดียวกันสถานการณ์โรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 พบว่า มีจำนวน 401, 187, 193, 219 และ 389 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจำนวน 2, 0, 0, 6 และ 5 ราย ตามลำดับ²

เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกกลุ่ม

โรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาพยาบาลชุมชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล (Hospital information system) จำนวน 11,769 ครั้ง (ราย) พบว่า ต้นทุนการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานตลอดระยะเวลา 4 ปี เท่ากับ 11,125,389 บาท (Mean= 945.0 บาท/ครั้ง) และพบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนการรักษาพยาบาล แต่ต้นทุนการรักษาพยาบาลมีการเพิ่มขึ้นทุกปีและช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีต้นทุนการรักษามากกว่าช่วงอายุอื่นๆ (Mean = 1,116 บาท) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของต้นทุนการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อเพิ่มขึ้นของค่าการรักษาพยาบาลและส่งผลต่อวิกฤตทางด้านการเงินของโรงพยาบาลของรัฐ³

การป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานมีความสำคัญและถือเป็นนโยบายสุขภาพระดับโลก ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 60-90 ของการเกิดโรคเบาหวาน และพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีการเผาผลาญและความผิดปกติทางร่างกายสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากเป็น 2-3 เท่าของคนที่มีดัชนีมวลกายปกติ ซึ่งสาเหตุของภาวะอ้วนมาจากการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การเพิ่มความตระหนักในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน โดยพบว่าการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันโรคเบาหวานได้ร้อยละ 30-50 เมื่อควบคุมพฤติกรรมทั้งสองได้จะทำให้ น้ำหนักลดลง ซึ่งการลดน้ำหนัก ร้อยละ 5-10 หรือน้ำหนักที่ลดทุก 1 กิโลกรัม ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 16⁴

การศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมคือ รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานและขนมหวานเกือบทุกวันร้อยละ 65.5 และ 43.9 ตามลำดับ รับประทานอาหารจุกๆ จิบๆ ร้อยละ 59.7 รับประทาน

อาหารไม่เป็นเวลาร้อยละ 56.0 ต้มกาแฟ เครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 52.4 ร่วมกับไม่ออกกำลังกายมากถึง ร้อยละ 72.3⁴ การปรับพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการลดอัตราป่วยและตายจากโรคเบาหวานด้วยมาตรการที่สำคัญ คือ การลดน้ำหนักและเพิ่มการเคลื่อนไหวมีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายเชื่อมโยงกับคลินิกไร้พุงในสถานบริการซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความรู้ในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก กำหนดเป้าหมายวางแผนการปฏิบัติและมีการติดตามผล แต่ในเชิงปฏิบัติยังพบปัญหา คือ กลุ่มเสี่ยงไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพและไม่สามารถถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้จนได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานสอดคล้องกับปัญหาของประเทศ

จากการทบทวนทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura⁵ ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งจากปัจจัยส่วนบุคคลกล่าวคือ มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองกระบวนการนี้ก็คือ การกำกับตนเองและปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอกและพบว่ามีการนำแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากและกิจกรรมการกำกับตนเองช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ปัญหาตนเองจากการสังเกต การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ส่งผลให้สามารถกำกับตนเองในการควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายจนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่มีรายงานการศึกษาที่พบว่าอุปสรรคต่อพฤติกรรมและการควบคุมโรคในระยะยาวคือเมื่อกลับไปอยู่ตามสภาพแวดล้อมเดิม กลุ่มเสี่ยงจะไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมเหมือนอยู่ในสภาพทดลอง เนื่องจากไม่มีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมของกลุ่มทดลองกลับสู่สภาพเดิม และจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าขาดความยั่งยืนของพฤติกรรม เช่น ไม่สามารถควบคุมตนเองให้

ออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติและจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ผู้วิจัยยังไม่พบหลักฐานที่มีการนำแนวคิดการกำกับตนเองมาใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบเพียงการศึกษาในต่างประเทศเท่านั้น⁶ ซึ่งให้เห็นถึงช่องทางและความสำคัญของการนำแนวคิดการกำกับตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลร่วมกับการเสริมแรง ซึ่งเป็นปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ การกระตุ้นเตือนจากเพื่อนที่ใกล้ชิด โดยจัดทำเป็นชุดของกิจกรรมที่เชื่อว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมาทดลองในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน และเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแลเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study design) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design with nonequivalent group) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ.2566 จำนวน 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา ตำบลโนนแดง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 208 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้รับ

การคัดกรองโรคเบาหวานประจำปี พ.ศ.2565 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 6-8 ชั่วโมง มีค่าเท่ากับ 100–125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและสามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและเกณฑ์การคัดออก คือ เคยรับการรักษาหรือรับประทานยาเบาหวานมาก่อน ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และมีการตั้งครุฑ และเกณฑ์ยุติการวิจัย เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม มีภาวะตั้งครุฑระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม เริ่มต้นรับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลินระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของโปรแกรม (Effect size) จากโปรแกรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้ด้วยเพื่อศึกษา Effect size ของ Intervention โดยใช้ผลงานวิจัยมาคำนวณค่าอิทธิพลของโปรแกรมจากผลต่างของค่าเฉลี่ยที่อิสระต่อกัน ซึ่งคำนวณได้จากงานวิจัยของเอกชัย คำลือ และทัศนีย์ บุญอริยเทพ¹ จึงได้นำคะแนนตัวแปรหลัก (Main outcome) คือ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน หลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมาหาค่าความแปรปรวน ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองจำนวน 29 คน เท่ากับ 3.66 คะแนน และค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.73 และค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 29 คน เท่ากับ 3.20 คะแนน และค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.74 คำนวณมาจากวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม G*Power 3.1.5 มี Effect size =0.625, p= .05, Power =.95 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 68 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 136 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 68 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 68 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากจากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การ

คัดเข้าจนครบ 136 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม

การกำกับตนเองและกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามาที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของกัลยารัตน์ รอดแก้ว⁴ โดยประยุกต์จากแนวทางการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูราพร้อมกับกระบวนการกลุ่มดูแลกัน โดยการกำกับตนเองประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสังเกตตนเอง (Self-observation)

เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้แจกคู่มือป้องกันโรคเบาหวานและแบบบันทึกพฤติกรรมการตั้งเป้าหมาย โดยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจนและมีการเตือนตนเองโดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับแรงจูงใจตนเอง เนื่องจากการสังเกตตนเองจากการเปลี่ยนแปลงลดพฤติกรรม และกำหนดให้กลุ่มทดลองที่คอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

ขั้นที่ 2 การตัดสินใจ (Judgment process)

นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตไปสู่กระบวนการตัดสินใจ โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ

ขั้นที่ 3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

เปิดโอกาสให้แต่ละบุคคลแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เมื่อผลการปฏิบัติที่เป็นไปตามเป้าหมายจะทำให้เกิดความพึงพอใจต่อตนเองให้รางวัลแก่ตนเองและกลุ่มทดลองกล่าวชมเชยซึ่งกันและกัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป โปรแกรมการกำกับตนเอง และกระบวนการกลุ่มใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมประกอบด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น

6 กลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 11 คน ทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมดกลุ่มละ 6 ครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรม 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ทำกิจกรรมสังเกตตนเอง มีเป้าหมายเอาไว้มุ่งชน (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของโรคเบาหวานและกลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายพฤติกรรมลดน้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง

ครั้งที่ 2 กิจกรรมกินตามแคลอรี ซีวีห่างไกลโรคเบาหวาน (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) แจกคู่มือการป้องกันโรคเบาหวาน ฝึกการคำนวณพลังงานที่ควรจะได้รับอธิบายการลงบันทึกการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและฝึกลงบันทึกการกำกับตนเอง และสมาชิกกลุ่มคอยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 กิจกรรมขยับกายสลายพุง (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพิ่มทักษะการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนเริ่มจากยกมือแกว่งไปข้างหน้าอย่างเบาๆ ซึ่งตรงกับคำว่า “ว่างและเบา” ไม่ต้องออกแรง ความสูงของแขนให้เป็นไปตามธรรมชาติ ทำมุมกับลำตัวประมาณ 30 องศา เมื่อมือแกว่งกลับข้างลำตัว ให้นับจำนวนครั้งและแกว่งแขนไปข้างหลังโดยออกแรงจนรู้สึกว่กล้ามเนื้อมือมีปฏิกิริยาสะท้อนกลับ ไม่ให้มือสูงไปกว่านั้น ซึ่งตรงกับคำว่า “แน่นหรือหนัก” แขนจะทำมุมกับลำตัวประมาณ 60 องศาจึงแกว่งกลับคืนแกว่งแขนซ้ำๆ จำนวนเริ่มจากน้อยไปสู่มากขึ้นทีละน้อยจากครั้งละ 200-300 เป็น 500-600, 1,000, 1,500-2,000 ครั้ง หรือไม่เกิน 30 นาที/วัน แล้วการลงบันทึกการกำกับตนเองด้วยการออกกำลังกาย ติดตามการลงบันทึกการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและฝึกลงบันทึกการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมทบทวนกินเดินเพลินเพลินแถมลดพุง (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ประเมินผลการบันทึกในแบบบันทึกการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 3-6 กิจกรรมมีวินัยใส่ใจกำกับตนเองให้กลุ่มทดลองกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่บ้าน โดยการลงบันทึกผลการกำกับตนเองในคู่มือทุกวัน ติดตามผลการกำกับตนเอง โดยให้ส่งแบบบันทึกด้วยตนเองทุกสัปดาห์ที่เจ็ดพบ กลุ่มกระตุ้นเตือน พร้อมให้กำลังใจ ตรวจสอบ ผลการบันทึก พร้อมชั่งน้ำหนักและลงบันทึกทุกครั้ง

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมกำกับติดตามประเมินผล (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) นำข้อมูลจากการบันทึกการกำกับตนเองที่ได้มาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ดีกับผู้ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 - 11 กิจกรรมมีวินัยใส่ใจการกำกับตนเอง เช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 3 - 6

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมสรุปผลลัพธ์กำกับตนเอง และสมาชิกกลุ่ม (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) ผู้วิจัยสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการโดยสัปดาห์ที่ 1 มีการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองและสัปดาห์ที่ 2-11 กลุ่มเปรียบเทียบให้การพยาบาลปกติคือ 1) การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่คลินิกไร้พุงในสถานบริการมีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การให้ความรู้ในด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเป็นรายบุคคลตามความสมัครใจ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเสี่ยงกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติและมีการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง 2) คู่มือการป้องกันโรคเบาหวาน และแบบบันทึกที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และ 3) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วยี่ห้อ On call advanced ได้รับการรับรองจากบริษัท ACON และได้รับการตรวจมาตรฐานทุก 1 เดือน ได้รับการสอบเทียบคุณภาพ (Calibration Method)

โดยนักเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลบรบือ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยง ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง และบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง ตอนที่ 2 พฤติกรรมบริโภคอาหาร ใช้แบบสอบถามของจันทร์ฉาย จารนัยและคณะ⁸ เป็นข้อคำถามที่แสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วย แบบมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 23 ข้อ และพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายมีข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อความเชิงบวก 18 ข้อ (ข้อที่ 1-3, 5-7) และเชิงลบ 2 ข้อ (ข้อที่ 4 และ 8) และ 2) แบบบันทึกกิจกรรมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการพัฒนา โดยแบ่งระดับน้ำตาลในเลือดออกเป็น 3 ระดับ คือ FPG <100 มก./ดล.(ระดับปกติ) FPG 100-125 มก./ดล. (Impaired Fasting Glucose; IFG) และ FPG >126 มก./ดล.(DM) ตามเกณฑ์ของสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย⁹

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดย 1) โปรแกรมการกำกับตนเองและกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามาในส่วนของกิจกรรมให้ความรู้ประกอบด้วย สไลด์ให้ความรู้ ตารางสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบและพิจารณาความเข้าใจด้านภาษา ความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ 2) แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร แบบบันทึกภาวะโภชนาการของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้

เท่ากับ 0.93 จากนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ และ 3) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป แบบบันทึกภาวะโภชนาการ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนทอง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผนและเตรียมการ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการวางแผนและเตรียมการ ประกอบด้วย 1) พัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเองและกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามาและพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 2) ดำเนินการขออนุมัติการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบรบือ 3) ติดต่อประสานงานประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตดำเนินการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย 4) สสำรวจรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามาที่ได้ผ่านการคัดกรองโรคเบาหวานในปี พ.ศ.2565 5) เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา จำนวน 2 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนแล้ว 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และลงติดตามเยี่ยมบ้าน

เพื่อประเมิน กระตุ้น เตือน ให้กำลังใจ สอบถามปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และ 6) ประชุมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย โดยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล แผนการปฏิบัติติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ช่วยวิจัยได้ปฏิบัติให้ได้ครอบคลุมเป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (1) เมื่อได้รายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ได้ผ่านการคัดกรองโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2565 ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการจับฉลากซึ่งตัวอย่างจะเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากได้กลุ่มตัวอย่างไม่ครบ ผู้วิจัยจับฉลากใหม่จนได้ครบกลุ่มละ 68 คน รวมทั้งสิ้น 136 คน และ (2) เมื่อตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดกิจกรรมระยะเวลา การพิทักษ์สิทธิและให้เซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง หลังจากที่ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแล้ว ทีมผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพและเจาะน้ำตาลปลายนิ้วของกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้าร่วมการทดลองพร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน 3) ผู้วิจัยดำเนินการวัดตัวแปรตาม โดยมีตัวแปรตามคือ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ (2) ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ใช้แบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารด้วยตนเองพร้อมกัน ทั้ง 2 กลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 50 นาที และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังดำเนินการทดลอง 4) ดำเนินการจัดโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 กิจกรรมกินตามแคลอรี ซีวีทางไกลโรคเบาหวาน ครั้งที่ 3 กิจกรรมขยับกายสลายพุง ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมทบทวนกินเดินเพลินแถมลดพุง ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมกำกับติดตามประเมินผล ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมสรุปผลลัพธ์กำกับตนเองและสมาชิกกลุ่ม รวมจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 12 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ 5) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

บันทึกพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และ 6) การทดสอบหลังจากจัดโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น 12 สัปดาห์ โดยทำแบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และบันทึกผลลงในสมุดสุขภาพประจำตัว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยง ระยะเวลาในการดูแล และกิจกรรมที่ดูแล และวิเคราะห์ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ % difference 2) ทดสอบการกระจายของทดสอบการกระจาย (Distribution of normality) ของตัวแปรผลลัพธ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายก่อนการทดสอบ สมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test พบว่า $p=0.82$ และ 0.77 ตามลำดับ ดังนั้น $p>.05$ ทั้ง 2 ตัวแปรแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ และ 3) สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยตัวแปรพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Independent t-test ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายขั้นตอนการศึกษาประโยชน์ที่จะได้รับ การนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้อื่น ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ และการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อสิทธิหรือบริการที่กลุ่มเสี่ยงจะได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา ข้อมูลทุกอย่างที่ได้

จากวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม และเป็นไปตามความจริง

ผลการวิจัย

1.ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 136 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 68 คน กลุ่มทดลองทั้งหมด 68 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (64.7%) อายุเฉลี่ย 59.29 ปี (SD.=11.85) จบการศึกษาระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา (86.8%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (89.7%) น้ำหนักเฉลี่ย 59.5 กิโลกรัม (SD.=9.82) ส่วนสูงเฉลี่ย 157.32 เซนติเมตร (SD.=8.17) รอบเอวเฉลี่ย 84.39 เซนติเมตร (SD.= 9.83) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,213.0

บาท (SD.= 2,904.5) ไม่มีโรคประจำตัว (89.7%) และไม่มีประวัติญาติสายตรงที่เป็นโรคเบาหวาน (88.2%) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.2%) อายุเฉลี่ย 60.61 ปี (SD.=12.77) จบการศึกษาระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (88.2%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (83.8%) น้ำหนักเฉลี่ย 55.50 กิโลกรัม (SD.=7.90) ส่วนสูงเฉลี่ย 157.75 เซนติเมตร (SD.=13.24) รอบเอวเฉลี่ย 78.72 เซนติเมตร (SD.=5.68) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,104.41 บาทต่อเดือน (SD.=871.06) ไม่มีโรคประจำตัว (89.7%) และไม่มีประวัติญาติสายตรงที่เป็นโรคเบาหวาน (80.9%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง(n=68)	กลุ่มเปรียบเทียบ(n=68)
		n(%)	n(%)
เพศ	ชาย	24(35.3)	25(36.8)
	หญิง	44(64.7)	43(63.2)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	59.29(11.85)	60.61(12.77)
	Max(Min)	88.0(38.0)	75.0(42.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	59(86.8)	60(88.2)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	5(7.4)	3(4.4)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3(4.4)	2(2.9)
	ปวส. อนุปริญญา	1(1.5)	3(4.4)
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1(1.5)	1(1.5)
	เกษตรกร	61(89.7)	57(83.8)
	ค้าขาย	2(2.9)	2(2.9)
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4(5.9)	4(5.9)
	รับจ้าง/ โรงงาน/ บริษัท	0(0.0)	4(5.9)
น้ำหนัก(กิโลกรัม)	Mean(SD)	59.5(9.82)	55.50(7.90)
	Max(Min)	85.0(38.0)	75.0(42.0)
ส่วนสูง(เซนติเมตร)	Mean(SD)	157.32(8.17)	157.75(13.24)

ตารางที่ 1 ต่อ

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง(n=68)	กลุ่มเปรียบเทียบ(n=68)
		n(%)	n(%)
รอบเอว(เซนติเมตร)	Max(Min)	180.0(140.0)	174.0(155.0)
	Mean(SD)	84.39(9.83)	78.72(5.68)
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)	Max(Min)	104.0(55.0)	91.0(64.0)
	Mean(SD)	3,213.0(2,904.5)	5,104.41(871.06)
โรคประจำตัว	Max(Min)	15,000.0(400.0)	60,000.0(700.0)
	ไม่มี	91(89.7)	61(89.7)
ประวัติญาติสายตรงที่เป็นโรคเบาหวาน	มี	7(10.3)	7(10.3)
	ไม่มี	60(88.2)	55(80.9)
	มี	8(11.8)	13(19.1)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.08 คะแนน (95%CI; 0.98, 1.19) ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.71 คะแนน (95%CI; 1.52, 1.91) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร					
กลุ่มทดลอง	68	2.86(0.27)	1.08(0.05)	0.98, 1.19	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	68	1.78(0.25)			
การออกกำลังกาย					
กลุ่มทดลอง	68	4.16(0.66)	1.71(0.09)	1.52, 1.91	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	68	2.45(0.78)			

2.2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดระดับปกติเพิ่มขึ้นจาก 21 คน เป็น 53 คน คิดเป็นร้อยละ 50.39 ระดับ Impaired Fasting Glucose (IFG) ลดลงจาก 47 คน เป็น 15 คน คิดเป็นร้อยละ 83.12 แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดระดับปกติเพิ่มขึ้นจาก 10 คน เป็น 12 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ระดับ Impaired Fasting Glucose (IFG) ลดลงจาก 58 คน เป็น 56 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=68)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ n(%)	หลังดำเนินการ n(%)	% Difference
ระดับน้ำตาลในเลือด			
FPG <100 มก./ดล.(ปกติ)	21(30.9)	53(77.9)	+50.39%
FPG 100-125 มก./ดล. (Impaired Fasting Glucose; IFG)	47(69.1)	15(22.1)	-83.12%

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ (n=68)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ n(%)	หลังดำเนินการ n(%)	% Difference
ระดับน้ำตาลในเลือด			
FPG <100 มก./ดล.(ปกติ)	10(14.7)	12(17.6)	+18.2%
FPG 100-125 มก./ดล. (Impaired Fasting Glucose; IFG)	58(85.3)	56(82.4)	-2.5%

วิจารณ์

1. หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.08 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชรที่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีปัจจัยที่สำคัญตามทฤษฎี ได้แก่

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร กิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อลดอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร สร้างการ

รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร โดย (1) การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย (2) สร้างประสบการณ์ความสำเร็จโดยให้ฝึกทักษะการตรวจวัดอาหารตามหมวดอาหารแลกเปลี่ยน ฝึกทักษะการบันทึกรายการอาหาร และให้บันทึกรายการอาหารที่บ้านโดยใช้แบบบันทึกรายการอาหารที่ประยุกต์จากคู่มือพิชิตอ้วนพิชิตพุง เพื่อคนไทยไร้พุง ของกรมอนามัยฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการ (3) ให้เรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นโดยการนำเสนอตัวอย่างผ่านการชมวีดิทัศน์ตัวอย่างบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารมีเนื้อหาตัดตอนมาจากรายการ NCDs Reality เพราะรักจึงยอมเปลี่ยนแปลงตอนที่ 6 ตอนกรรมติดปลายข้อเป็นสื่อเผยแพร่สาธารณะผ่านทาง Internet และกิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ (4) การใช้คำพูดชักจูง ได้แก่ การพูดให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม และใช้โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานทางโทรศัพท์ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย หลังการใช้โปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹¹

2. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.71 คะแนน เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง และมีกิจกรรมตามขั้นตอน

4 ขั้นตอน คือ 1) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง การใช้สื่อวีดิทัศน์ ในการสร้างการรับรู้และความเข้าใจร่วมกัน การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รับรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น เมื่อกลุ่มทดลองเกิดการยอมรับและเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการคิดและตัดสินใจในด้านบวก เพื่อที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังแนวคิดของแบนดูรา 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะในการควบคุมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของตนเอง ฝึกประเมินความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด ฝึกทักษะการควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ด้วยการกำหนดเป้าหมายของตนเอง ทุก 4 สัปดาห์ การประเมินตนเองตามเป้าหมายที่กำหนด ทำให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะที่เพียงพอเพิ่มขึ้นและสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านบวก 3) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น กลุ่มทดลองได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานจนประสบความสำเร็จสามารถกลับมาเป็นกลุ่มปกติได้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจและส่งเสริมความรูสึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเดียวกับบุคคลต้นแบบ 4) การใช้คำพูดชักจูง กลุ่มทดลองได้รับแรงจูงใจจากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มอยู่เสมอ เนื่องจากสมาชิกในกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การได้รับคำชมเชยจากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรูสึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ มีทัศนคติในเชิงบวกต่อตนเอง เกิดแรงจูงใจและความรูสึกมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน

โรคเบาหวานมากขึ้น และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีได้ ส่งผลให้ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹²

3. หลังการทดลองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดระดับปกติเพิ่มขึ้นจากจำนวน 21 คน เป็น 53 คน คิดเป็นร้อยละ 50.39 และระดับ Impaired Fasting Glucose (IFG) ลดลงจาก 47 คน เป็น 15 คน คิดเป็นร้อยละ 83.12 แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดระดับปกติเพิ่มขึ้นจาก 10 คน เป็น 12 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 และระดับ Impaired Fasting Glucose (IFG) ลดลงจาก 58 คน เป็น 56 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 เช่นเดียวกับโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้กิจกรรม 4 กิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมที่ 1 คือ การรู้ทันเบาหวาน แบ่งเป็น 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงรวมระยะเวลา 4 ชั่วโมง ซึ่งเป็นกิจกรรมในระยะสะสมพลัง กิจกรรมที่ 2 การร่วมแรง ร่วมใจ ด้านภัยเบาหวาน ระยะเวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 3 ร่วมดูแล แบ่งปัน ให้กำลังใจกัน ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และกิจกรรมที่ 4 หมู่บ้านอ่อนหวาน ดำเนินการตามขั้นตอนคือการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อีกทั้งเป็นการให้กำลังใจ รับฟังปัญหา/อุปสรรคและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัว อสม./อบต. โดยมีพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา ประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมโดยการชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย รอบเอวทุกสัปดาห์ ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารเดือนละ 1 ครั้ง และบันทึกผลในคู่มือลดเสี่ยง เลี่ยงเบาหวานด้วยงานอาหารสุขภาพ แล้วประเมิน

ผลหลังดำเนินการ 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม¹¹

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพในชุมชนหรือผู้ดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนสามารถนำโปรแกรมการกำกับตนเองและกระบวนการกลุ่มไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และในการศึกษาครั้งต่อไปอาจทำวิจัยซ้ำหลายวงรอบ (Loop) เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาในแต่ละวงรอบ แต่ควรเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระยะเวลาเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ไม่เป็นไปตามแผนการดำเนินการทดลอง

2. การวัดผลตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบโดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วที่เป็นการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังการงดอาหารและเครื่องดื่มมาแล้วอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ซึ่งผลการตรวจอาจมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าการวัดผลทางคลินิกอื่นๆ เช่น การตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ซึ่งเป็นการตรวจวัดระดับจำนวนเม็ดเลือดแดงที่ถูกน้ำตาลเข้าจับเคลือบผิวภายนอกและโดยที่เม็ดเลือดปกติจะมีอายุขัยประมาณ 120 วัน และมีความน่าเชื่อถือมากกว่าการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักสารนิเทศ. กรมควบคุมโรคเผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี:สำนักสารนิเทศ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ประจำปี พ.ศ.2564 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; 2564.
3. วิกฤตวรารักษ์ คงแดง. การประมาณค่าต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 2(2): 54-61.
4. กัลยารัตน์ รอดแก้ว, ยุวดี ลีลัคณาวิระ, วรณรัตน์ ลาวัง. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน น้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561;11(2):13-28.
5. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1986.
6. Winett RA, Davy BM, Savla J, Marinik EL, Kelleher SA, Winett SG, et al. Theory-based approach for maintaining resistance training in older adults with prediabetes: Adherence, barriers, self-regulation strategies, treatment fidelity, costs. Transl Behav Med. 2015;5(2):149-59.
7. เอกชัย คำลือ, ทศนีย์ บุญอริยเทพ. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานในตำบลร้องเข็ม จังหวัดแพร่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2555;8(2):122-35.
8. จันทร์ฉาย จารนัย, ผจงจิต ไกรถาวร, นพวรรณ เปียเชื้อ. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้ราม่าโมเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพภาวะโภชนาการ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน. วารสารก่อการณ. 2559;23(1):41-59.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
10. วิไล แสนยาเจริญกุล, กิรดา ไกรนุวัตร, ปิยะธิดา นาคะเกษียร. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2562;37(1):59-72.
11. กาญจนา พรหมทอง. ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
12. ทิพย์สุมน จิตดวงศพันธ์, ปิ่นททัย ศุภเมธพร, รุ่งนภา ชัยรัตน์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร. 2564;48(4):243-56.

